This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Acerca de este libro

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

Normas de uso

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

Acerca de la Búsqueda de libros de Google

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

UC-NRLF
B 3 735 445

LA ODONTOLOGÍA

Revista mensual de Cirugía y Prótesis Dentaria

Director: D. Florestan Aguilar

PRINCIPALES COLABORADORES

Amoedo (Dr. Oscar).
Casasnovas.
Cortiguera (D. Emilio).
Choquet.
Endelman (D. J.).
Gámiz.
Hohr.
López Alonso (D. Arturo).
Losada.
Márquez Caro.
Otaola.
Parkes.
Plet.
Portuondo (D. Ramón).
Weiser.
Zarzoso.

EDITORES:

LA COMPAÑÍA DENTAL ESPAÑOLA

AÑO XIII.—1904

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN É IMPRENTA
CALLE DE CEDACEROS, NÚMERO 4.
MADRID

115752

LA ODONTOLOGIA

Año XIII | Enero 1904 | Número 1.

TRABAJOS ORIGINALES

FIJACIÓN DE LAS INCRUSTACIONES DE PORCELANA

por ALFREDO KORBITZ, de Berlín.

Las obturaciones de porcelana no se hallan tan generalizadas entre los dentistas como las orificaciones, sin duda alguna porque ese trabajo de mosáico difiere en mucho de los demás métodos corrientes de obturación. El procedimiento de obturación con porcelana se ejecuta generalmente sin estudios suficientes, y el olvido de ciertos cuidados y detalles necesarios, llevan á fracasos ajenos al procedimiento y que son la verdadera causa de que éste haya sido acogido por muchos con gran reserva.

Los detalles inherentes á la fijación de estos pequeños bloques de porcelana son de tal interés, que ellos constituyen casi siempre la causa de esos fracasos y por eso pienso ocuparme en este artículo con gran detención de extremos tan interesantes.

Antes de proceder á la colocacion de una incrustación de porcelana hay que probarla con sumo cuidado. Para ello es preciso primero asegurarse bien de la disposición así como del camino por el cual pasa á la cavidad, caso de que este acceso no sea muy sencillo. A menudo no se consigue al primer intento colocar la incrustación en su sitio, teniendo que dar al bloque muchas vueltas para hacerle llegar á su hueco correspondiente. Estos tanteos deben ser muy bien observados para no perder un tiempo precioso al colocar la incrustación revestida luego de cemento, moviendo el bloque en todos sentidos. No hallando medio de llevar la incrustación á su sitio, se coge la piedra de desgastar, no antes de haber observado con cuidado por todas partes y de haber hallado los puntos en los cuales va ajustada la incrustación. (Fig. 1).

Fig. 1.

Frecuentemente se obtiene mediante contraposición respectiva de las intersecciones tal como está demostrado en la lámi-

na, desapareciendo las dificultades. Hay que tener mucho cuidado de que al desgastar no pierda la incrustación la forma de sus lados, haciéndolo nada más que lo suficiente para que entre en su sitio.

Aún resulta más sencillo, como se comprende fácilmente, aplicando el separador siempre y cuando la cavidad lo permita, y para este trabajo recomendamos eficazmente los separadores Perry, pero sin embargo á veces resulta el espacio muy reducido para poder introducir la incrustación. En semejantes casos, Smreker indica un medio digno de tenerse en cuenta: poner alrededor del diente en tratamiento, y si conviene también alrededor del diente lateral, una ligadura fuerte de seda, cuyas extremidades largas y sueltas se estiran separando los dientes en el momento de colocar la incrustación. De este modo resulta más fácil también para los dientes que estaban separados, y al quitar el separador muy pronto vuelven á la posición primitiva. De aquí que tengamos antes que cerciorarnos bien del ajuste de los bordes en los distintos puntos si no queremos más tarde hacer una obturación que no responda de ningún modo á la forma de la incrustación. En cuanto al color también hay que ejercer suma vigilancia y decidir qué matiz de cemento hay que emplear para corregirlo en caso de necesidad. En una palabra, hay que temer que el color del cemento se trasluzca y con ello se altere el color en las incrustaciones delgadas, y hasta recomendamos que el cemento no sea demasiado blanco para las incrustaciones de las superficies labiales, cuyo color está bien imitado, y se pueden corregir algo las incrustaciones finas y demasiado claras con cemento de color amarillo ó gris obscuro.

Tratándose de incrustaciones aproximales si no se extienden sobre el lado labial, casi exclusivamente debe emplearse el cemento blanquecino, por estar en sitios en que las sombras hacen obscurecer los bloques de porcelana.

Por último, hay que fijarse mucho en las incrustaciones expuestas á la articulación si se tocan, y guardar la máxima de que entre la porcelana y el borde antagonista exista un espacio del espesor de una hoja de cartulina. Si la incrustación es demasiado alta, se lima con una piedra á propósito repetidas veces, y una vez hecho esto, se afina con piedra de Arkansas ó con papel fino de lija. Teniendo que colocar dos incrustaciones en el mismo espacio interdentario, no es indiferente poner una prima-

ro que otra, sino que también hay que hacer pruebas anteriores. Además de todo esto, hay que fijarse bien de qué modo la incrustación ha de adherirse al cemento, desgastando primero con un pequeño disco todo el lado posterior de la incrustación hasta el ancho de un milímetro y siguiendo el borde interior de dicha zona, hacer alrededor de todo el bloque un canal como se vé en la fig. 2, cuyo aspecto no deja de ser algo exagerado, con objeto de que la incrustación quede bien sujeta por el cemento.

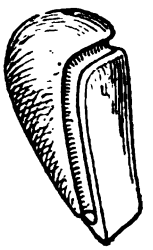


Fig. 2.

Se prepara esta intersección con el disco *Brown*. ó tratándose de las incrustaciones más pequeñas y en los rincones y en las puntas de las grandes, con el conocido disco pequeño y se elige siempre la clase más fina. (Figs. 3 y 4).

Con un cepillito y agua se quita el polvo de la limadura de los canales y se lava la incrustación con alcohol. Sécase en una tazita ó sobre un pedacito de yeso, y ya no se toca porque la grasa de los dedos puede perjudicar á la adhesión del cemento. Después de preparada, lávese la cavidad con alcohol caliente y séquese también con aire caliente. Tratándose de cavidades cervicales ó aproximales en las cuales la pared de dentina que quede sobre la pulpa sea muy delgada, recomendamos, según Miller, para protejer la pulpa contra la acción del ácido fosfórico del cemento, el revestir la cavidad con algunas gotitas de solución de sandaraca ó de éter copal. Para cavidades de esta índole, basta ranurar en forma de anillo las paredes un poco más abajo del sitio de presión con un taladro bien puntiagudo del núm. 0 y el cemento agarrará mejor. Únicamente para incrustaciones mayores ó muy expuestas, es necesario un canal interseccional en la cavidad, que debe coincidir con la ranura del bloque de porcelana, como viene representado en la fig. 5.

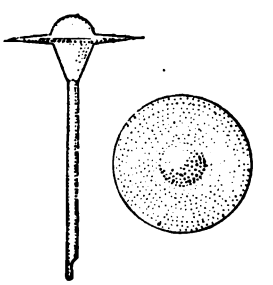


Fig. 3.

Otro modo de fijarlos, según Wohlauer, es por medio de facetas, que sustituyen á las intersecciones ahorrando porcelana, y por la figura 6 se vé la diferencia entre los dos sis-

Hechos todos los preparativos y dispuestos los instrumentos se puede empezar la mezcla del cemento.

Para esto se aprovecha siempre un cristal liso y una paleta ó espátula elástica. El cemento se prepara, no por medio de amasamientos, sino que poco á poco se echa el polvo en el ácido y enseguida se deslíe, mientras con la espátula se reducen á polvo todas las bolitas que existan, haciendo presión sobre la plancha de cristal.

Fig. 4.

Para ajustar las incrustaciones de porcelana basta un cemento que sea muy fino y poco espeso, pues de eso depende la fuerza adhesiva que requieren todos estos trabajos de porcelana, pero ante todo hay que ponerlo sin obstruir el cierre del borde. A mi juicio, el cemento Lynton se presta muy bien para eso, cuyo cemento ya ha sido recomendado en otras ocasiones en las que se ha tratado de las incrustaciones de porcelana, porque responde muy bien á las justas exigencias de estos trabajos.

Siendo el ácido muy líquido y el polvo muy fino, también la mezcla se hace mejor y el polvo se diluye con gran facilidad en el ácido y presenta una emulsión tan fina que parece más bien una substancia de crema.

Pero precisamente para que el polvo resulte fino, es menester que se haga la trituración con especial cuidado, ya que de no ser así se hallarían bolitas como en toda harina fina. Se obtiene la buena consistencia del nuevo cemento Lynton para las incrustaciones de porcelana; si cuando se levanta un poco la espátula llena de cemento nos dá unos hilos como podemos ver en la fig. 7, y cuando se trata de bloques grandes se puede hacer la pasta más espesa que para los delgados y pequeños, que no admiten grande presión ni dejan mucho espacio para la expansión del cemento.

Fig. 5.

Es muy conveniente introducir á la vez el cemento con un instrumento pequeño en las secciones de la cavidad y en las de la incrustación, dejando el lado posterior completamente cubierto de cemento.

Una vez bien llenas de cemento las ranuras y canales se lleva con las pinzas ó con los dedos si se puede, el bloque á la ca-

vidad, teniendo mucho cuidado de que las superficies de la cavidad y de la incrustación llenas de cemento se pongan en íntimo contacto sin que quede ningún espacio vacío, y entonces con la ayuda de una tira de batista pasada en todas direcciones sobre la obturación se hace presión sobre esta y se asegura uno de que los bordes están bien ajustados, cuando la tira resbala bien sobre la superficie del diente y no tropieza en ninguno de estos bordes.

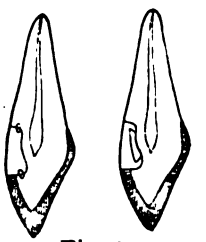


Fig. 6.

Se unta enseguida un lado limpio de la cinta con vaselina, y una vez seguro que el ajuste está bien por todos conceptos, se extiende aún una vez sobre la obturación, haciendo presión hasta que el cemento comience á agarrarse. (Figura. 8).

Mamlok recomienda que se ponga luego una ligadura de seda que se deja hasta que el cemento haya completamente agarrado (fig. 9), y para estas ligaduras sirven muy bien los cordones de seda, no muy fuertes ni muy gruesos.

Las tiritas de batista, tan útiles para estos trabajos, desgraciadamente no sirven más que para las cavidades aproximales.

Las incrustaciones labiales deben adaptarse á la cavidad con una varita de madera, con preferencia de naranjo. Esta operación es muy poco práctica porque ejerce una presión exclusivamente vertical á la mitad del bloque, y por lo mismo es preciso, mientras se ejerce presión, observar si la incrustación ha entrado y se halla colocada en su verdadero sitio. Eso se hace con un pequeño excavador que tiene forma de cuchara (fig. 10) que mediante un tanteo va indicando si la presión ejercida con la varita de madera es ó no excesiva.

Fig. 7.

Para las esquinas es preferible ejercer presión en la dirección de uno de los ejes (fig. 11). Esto fácilmente se consigue con un tapón, en el cual se pone el extremo exterior de la incrustación, y se hace presión simétricamente contra todos los bordes y contra la cavidad.

Es muy conveniente impregnar el tapón con aceite para que

la incrustación no quede á él agarrada y sea despegada de la cavidad al ser aquel retirado. Todas las incrustaciones escrupulosas de porcelana reconocen del todo necesario guardar el cemento de la humedad hasta que se haya agarrado bastante. Por

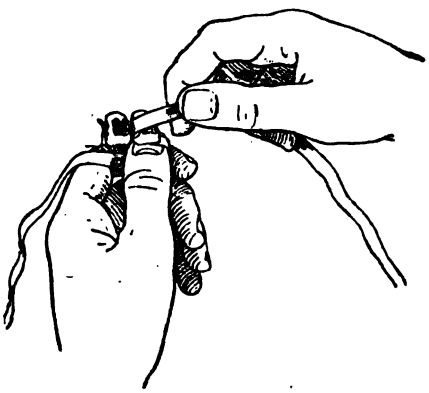


Fig. 8.

lo tanto, también hay que proteger el relleno siempre que sea posible.

En determinadas cavidades, labiales ó bucales que se extienden en profundidad sobre las mismas raíces impidiendo trabajar con comodidad, la absoluta sequedad ofrece grandes dificultades y es necesario hacer retirar la encía con gutapercha y la-

Fig. 9.

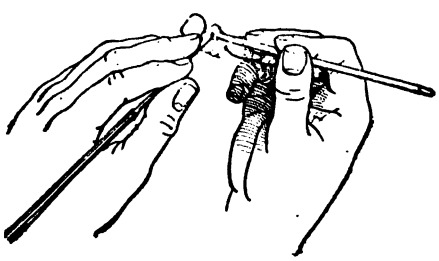


Fig. 10.

var sus bordes con el ácido tricloracético, ú obligarla con los clamps cervicales á propósito si permiten éstos luego llevar la incrustación á su sitio.

Generalmente recomendamos, una vez quitado el exceso de cemento, el proteger las incrustaciones con capas de una solución resinosa ó de cera para evitar ulteriores consecuencias. Pero

estos revestimientos siempre molestan al paciente, y para el cemento Lynton resultan inútiles.

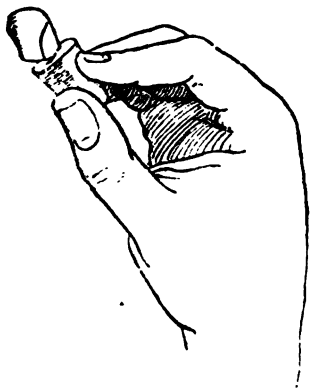


Fig. 11.

Dicho cemento para las incrustaciones de porcelana es verdaderamente admirable, pues se endurece pronto adquiriendo la consistencia necesaria como los cementos ordinarios de mejores resultados.

Pasados los primeros momentos, tampoco la humedad perjudica grandemente á esta clase de cemento que generalmente agarra muy bien, adquiriendo su máximo de dureza al cabo de diez minutos, aunque esto como es natural depende en gran parte del grado de su consistencia en el momento de su aplicación.

LA ESTOMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE SAN LUIS, DE PARÍS (1)

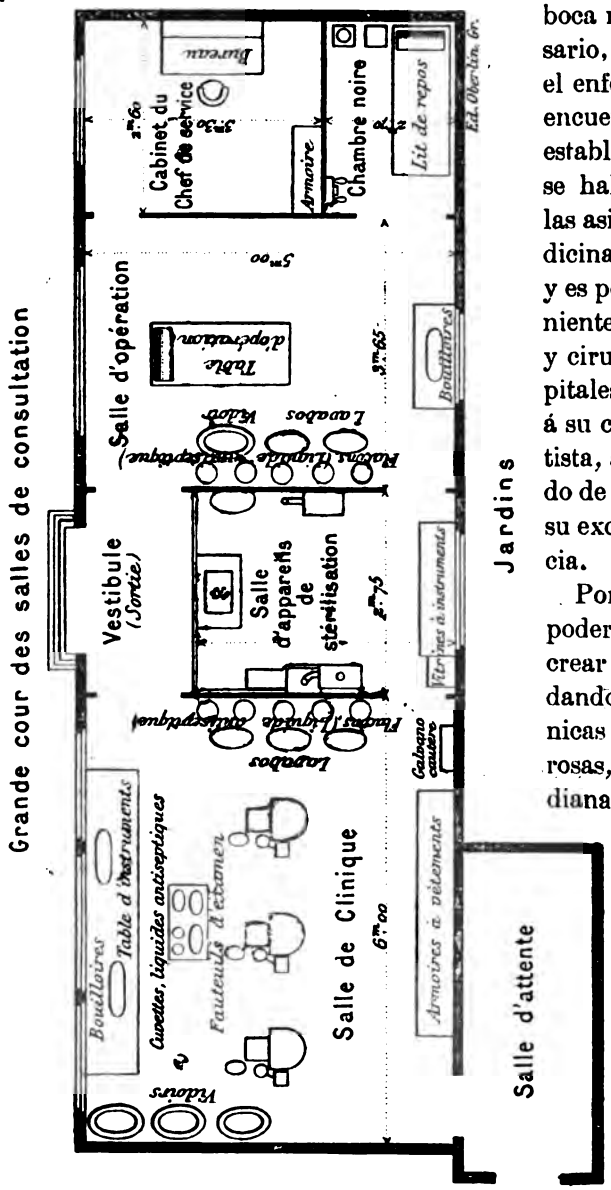
Asistencia de los Dres. Combe y Chompret.

Los hospitales de París se transforman cada día ante las ideas de higiene que hombres profesionales eminentes han hecho circular entre todas las clases de la sociedad. Médicos y cirujanos rivalizan por obtener de los poderes públicos el perfeccionamiento de los servicios conforme con las exigencias modernas de la ciencia. Los dentistas de los hospitales siguen este movimiento, más es preciso reconocer, que salvo tres ó cuatro excepciones, los servicios dentales de hospitales se encuentran aún en París en situación un tanto primitiva.

Numerosas son las reclamaciones transmitidas á los encargados de la asistencia pública por los diferentes jefes de clínicas, pues no es admisible por ejemplo, que todos los hospitales de París no estén hoy dotados de un servicio dental. El obre-

(1) Juzgándolos de gran actualidad, ahora que en España se hacen trabajos con este objeto, publicamos estos curiosos datos sobre la Clínica estomatológica del Hospital de San Luis, de París, que nos envía nuestro querido amigo el Dr. Chompret.

ro que sufre no debe ser obligado á recorrer grandes distancias, perdiendo un tiempo precioso, para ir á buscar los cuidados que su boca necesite. Es necesario, igualmente, que el enfermo de hospital encuentre en el mismo establecimiento donde se halle acogido todas las asistencias de la medicina, y de la cirugía, y es por fin muy conveniente que los médicos y cirujanos de los hospitales puedan confiar á su compañero el dentista, al enfermo atacado de una afección de su exclusiva competencia.

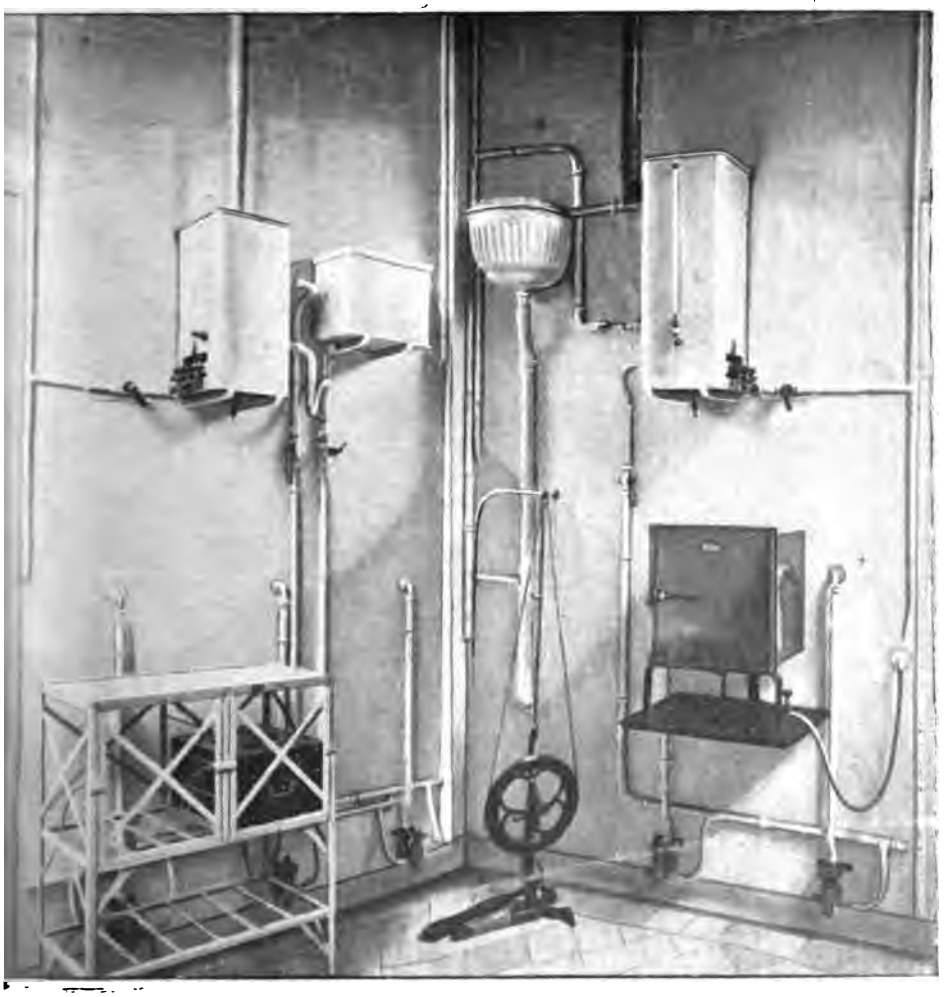


Por estas razones los poderes públicos deben crear nuevos servicios, dando á los jefes de clínicas consultas numerosas, haciendo cuotidianas las consultas dentales y proporcionando á los dentistas de los hospitales locales é instrumentos en armonía con lo que las modernas exigencias reclaman para los cuidados de la boca.

La mayor parte de estos perfeccionamientos modernos, han sido realizados en estos últimos tiempos en el Hospital de San Luis.

En un local conveniente y proporcionado á una clientela de

las distintas especialidades de la mayor parte de sus médicos, tenía sin embargo un servicio dental deplorable cuando en 1899 el jefe de clínicas Dr. Combe pudo hacer prosperar las numerosas demandas que de largo tiempo venía dirigiendo con este fin á la Administración central.



Cámara de aparatos de estirilización.

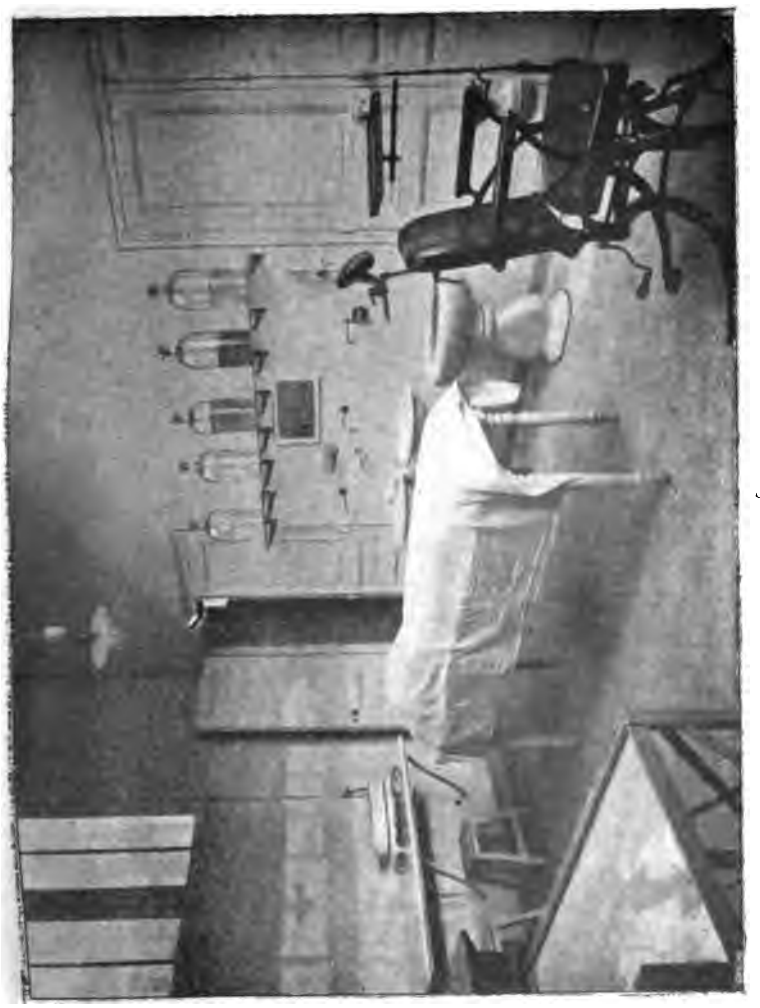
Por informaciones dirigidas al director de la Asistencia pública y al Consejo de vigilancia se demostró con estadísticas mi-

dose en ella frecuentemente complicaciones graves de origen dentario, tales como fístulas, necrosis de los maxilares y abscesos ó flemones que reclamaban intervenciones operatorias bajo la acción del cloroformo. Para todas estas pequeñas operacio-

Sala de Clínica.

nes era necesario recurrir á los jefes de la grande cirugia, que vieron la necesidad por tales circunstancias de poner una sala de operaciones á la disposición de estos enfermos.

de la Asistencia pública. La antisepsia debía practicarse en el Hospital de San Luis con mayor escrupulosidad que en otro alguno, siendo necesario evitar todo peligro de posible contagio por los instrumentos á causa del carácter particular de las enfermedades tratadas en este hospital.



Sala de operaciones.

Todas estas consideraciones terminaron por vencer las resistencias de la Asistencia pública, y obtuvimos por fin la construcción de un pabellón cuyos planos acompañan á este artícu-

lo, esperando así ser útiles á los que pretendan organizar servicios semejantes en los hospitales.

Este nuevo pabellón de cirugía esta compuesto de una extensa sala de clínica y de una sala de operaciones, separadas ambas por una cámara de aparatos de esterilización que proveen

Sala de clínicas

á las dos piezas vecinas de aguas esterilizadas, frías y calientes. En ella también se hallan instaladas las estufas donde se esterilizan los instrumentos y toda clase de objetos. En las dos salas hay dispuestos diez lavabos con agua corriente y mesas con pla

cas blancas para vasijas é instrumentos de todas clases que se estén utilizando. Todo pintado de blanco y grandes ventanas con cristales dan una excelente luz. Cuatro sillones de operaciones y una cama con el mismo objeto, completan la instalación en este sentido.

La instalación eléctrica fué muy particularmente estudiada; numerosas lámparas para iluminación general, soportes especiales para adaptar las lámparas portátiles destinadas á iluminar la cavidad bucal para los exámenes y operaciones delicadas, un cuadro donde se hace la transformación de la electricidad para luz en electricidad galvano-cáustica, una serie de cauterios de todas formas para adaptarlos á este cuadro, más lejos otra instalación de electricidad en una cámara obscura, donde se verifica la iluminación de la cara por transparencia (una lámpara dentro de la boca del enfermo), para el diagnóstico de sinusitis y de afecciones de los huesos de la cara.

Por último, y como complemento, existe un departamento anejo á la sala de operaciones destinado al reposo durante el tiempo necesario, del enfermo operado ó anestesiado en general ó por la cocaína. Esta cámara es muy útil para aquellos enfermos que no pueden dejarse marchar inmediatamente y que sin embargo no deben hacer estancia de hospital. Existe también un gabinete ó despacho para el jefe de servicio, con microscopio y otros aparatos necesarios.

Esta clínica funciona desde el año 1900 y han sido numerosos los médicos que han querido asistir á sus consultas para apreciar el éxito. En tres años, en nuestras dos sesiones semanales hemos tenido ocasión de asistir á 16.640 enfermos.

INTERESES PROFESIONALES

CLÍNICAS DE ODONTOLOGÍA EN LOS HOSPITALES

Conforta verdaderamente el ánimo para los que como supremo ideal aspiramos á la más alta dignificación profesional, el ver el estusiasmo con que muchos hombres emprenden las más nobles campañas y acometen las más árduas empresas por llevar una profesión modesta ayer, importante hoy y brillante seguramente mañana, al más alto pináculo.

La prensa profesional, las sociedades, los congresos y la importante evolución señalada por una transcendental reforma en la enseñanza, han ido infiltrando poco á poco este amor al trabajo, y estos entusiasmos, dormidos antes por la falta de aquellos vínculos que han ido poco á poco enlazando á todos los hombres de la profesión y llevándolos á una aspiración común. La de colocarla por sus propios merecimientos en el eminente lugar que la corresponde.

Una nueva manifestación de estos ideales comienza ahora á desarrollarse con verdadero empuje. La de la fundación de clínicas de odontología en los hospitales.

Efectivamente; fresca aún en la memoria de todos la reciente campaña del querido amigo y compañero Otaola, íntimamente enlazada con la fundación en Bilbao de una importante Sociedad científica, asuntos de los cuales nos hemos ocupado con la extensión merecida, nuestros lectores pueden ver en este mismo número, y por lo que á nuestra patria se refiere, la fundación de una institución de esta clase en una ciudad que no llega á capital de provincia de tercer orden, fundación debida á los esfuerzos de otro estimable compañero, el Sr. Ruiz Noval, y puede ver igualmente, aunque no se trate de cosa reciente ni de nuestro país, puesto que en estas cosas por desgracia no solemos ir á la cabeza, la descripción acompañada de preciosos grabados de una clínica de un hospital de París que puede servir de modelo en su clase.

Cuando más ocupados nos hallábamos en ordenar estos trabajos para dar cuenta de ellos á nuestros lectores, llega á nuestras manos *El Diario de Cádiz* con un admirable artículo firmado por otro compañero de los que siempre fraternizan con los suyos en toda clase de manifestaciones científicas, D. Antonio Galván, que ejerce en la capital andaluza y á quien todos estimamos en alto grado.

Asiéndose á una verdadera oportunidad, la de la fundación en Cádiz de un nuevo hospital debido á la munificencia de un filántropo, el Sr. Moreno de Mora, que siempre tuvo su bolsillo á disposición de estas grandes obras, escribe nuestro compañero un artículo que titula «Ahora ó nunca» y que constituye un verdadero llamamiento para que este hospital no carezca de lo que á su juicio no debiera carecer ninguno hoy día, de una clínica de Odontología.

Hace ver la importancia de nuestros servicios para impedir los trastornos que el abandono de las afecciones bucales llegan á producir, lo que sobre este asunto han hecho ya todas las naciones cultas, la importancia que en España ha adquirido nuestra profesión, importancia patentizada en los últimos Congresos y que ha impuesto como una verdadera necesidad el establecimiento de la enseñanza oficial recientemente creada; dedica grandes elogios á los trabajos llevados á cabo en Bilbao con este fin por el Sr. Otaola, y después de estas y otras razones, sólidamente fundamentadas, hace directamente su petición dando un verdadero plan de organización en los siguientes párrafos:

«Ocasión propicia se ofrece al Sr. Moreno de Mora para que complete su pensamiento, ya realizado con la creación en aquel vasto local y en alguna de sus dependencias de una clínica dental, dotándola de todo lo necesario al igual de los demás departamentos de especialidades médicas que allí hay, verdaderos modelos en cuanto puede apetecerse y la ciencia demanda.

La empresa no es de considerable extensión, metálicamente hablando. Los estudios que sobre el particular tengo hechos y ratifiqué en la inspección que tuve el gusto de hacer en el edificio del hospital, me permiten afirmar que el coste de la clínica no excedería de unas 6.000 pesetas, según puede colegirse de la siguiente relación de los útiles y enseres necesarios, así como de las condiciones en que debería funcionar tal departamento, según mi juicio.

Para que los servicios puedan llevarse á cabo con la regularidad y en las condiciones debidas, la clínica que se estableciese debiera constar:

1.° De una sala de operaciones con calefacción y luz del Norte.

2.° Una habitación contigua á la anterior destinada á laboratorio.

3.° Una sala de espera, también con calefacción, capaz por lo menos para 30 personas, con los bancos necesarios para las mismas, un pupitre con el recado necesario para el encargado de registrar los nombres de los enfermos que acudan y un retrete.

El instrumental de la sala de operaciones deberá constar de dos sillones por lo menos, modelo Wilkerson, con asiento de madera pulimentada, como los que existen en la clínica dental

de la Facultad de San Carlos, de Madrid, con sus escupideras-fuente, modelo Weber; un torno eléctrico de 110 voltios; doce forceps de extracción y dos elevadores, excavadores, fresas, pinzas, espejos, estufa para desinfectar, etc., etc. Aparte del instrumental, debiera contener un banco tapizado con respaldo y brazos, dos sillas, una mesa-escritorio, un lavabo con grifo y un armario con divisiones para la ropa de los operadores, instrumentos y papeles:

La Dirección del Hospital habrá de proveer á la clínica de los medicamentos necesarios, paños, cepillos, etc., y facilitarle dos enfermeros ú ordenanzas, que además de ayudar en casos necesarios, habrán de estar encargados de la limpieza del instrumental y arreglo de las salas y mobiliario.

El personal facultativo lo compondrán un dentista director con puesto en la dirección del Hospital y con la misma categoria y deberes que los demás médicos directores de clínicas y dos dentistas ayudantes.

No debe perderse de vista que la ocasión de esa clínica es nota de actualidad; quiero decir con esto que una vez que la Diputación se haga cargo del establecimiento sería tarde, pues aunque buenos y excelentes deseos no falten, se carece de los recursos necesarios.

Si la idea pudiera alcanzar los honores de la aceptación, sin que me detenga á ampliar sus ventajas después de lo anteriormente consignado, ni sea tampoco preciso para convencer á persona tan culta como el Sr. Moreno de Mora, y para el caso en que se resolviera á realizarla, yo concurriría á ella, no sólo con las más vivas simpatías, sino hasta con el factor de mis pobres conocimientos técnicos y larga práctica, con la voluntad más decidida exenta de todo lucro material, para la dirección profesional de tan indispensable dependencia, si me fuera ofrecida, en circunstancias análogas á las funciones que ha tiempo desempeño, cada día con mayor satisfacción de mi alma, en el Sanatorio de Madre de Dios, en extramuros, instituído por la egregia y cristiana consorte del antes citado Sr. Moreno de Mora, obra eminentemente grandiosa por los fines que proporciona para los niños expósitos.

Y al terminar volveré á decir:

Ahora ó nunca.»

Inútil me parece todo elogio después de expuesto lo que me

cede. Con iniciativas como las de los Sres. Otaola, Galván y Ruíz Noval, y con los esfuerzos por demás laudables que por todos lados apuntan de poco tiempo á esta parte, se está trazando un camino que muy en breve ha de conducirnos, no sólo á ocupar un lugar que de derecho nos pertenece en el arte de curar, sino á llevar á las esferas oficiales el más íntimo convencimiento de la necesidad absoluta de nuestros servicios como uno de tantos medios de acudir á la higiene pública y á la instrucción, bases del progreso de las naciones, y como medio también de contribuir á la ilustración individual que en lo que se refiere á la importancia de los cuidados de la boca está aún en España un tanto atrasada.

Sembremos, que si no nosotros, nuestros hijos recogerán seguramente el fruto, encontrando para la odontología un puesto donde quiera que lo haya para las demás ramas de la medicina.

ARTURO LÓPEZ ALONSO.

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Sección de Odontología y Estomatología

DÍA 29 DE ABRIL

CUARTA REUNIÓN DE LA SECCIÓN

SALA A

(Continuación.)

LA ANESTESIA EN ESTOMATOLOGÍA

por el Dr. Giuria (Génova).

Todos convenimos en que si la narcosis estuviese exenta de inconvenientes, constituiría el medio más eficaz y más apropiado de anestesia, pero desgraciadamente hasta los narcóticos de acción rápida, aunque menos nocivos que los otros, tampoco están exentos de peligros, y mientras pueden emplearse para ciertas operaciones de la cirugía general, en las que hay que prolongar la anestesia durante algún tiempo, no sirven en estomatología para todos los casos.

Se comprende que una vez producida la anestesia debe suspenderse la administración del narcótico, y si el acto operatorio no es instantáneo, el paciente llegará á despertarse antes de que se haya ultimado.

Yo no pretendo hacer aquí la reseña histórica de la anestesia ni tratar de la fisiología de cada uno de los anestésicos con sus ventajas é inconvenientes. Me extendería demasiado y no haría más que repetir lo que ya está dicho y redicho por insignes fisiólogos y prácticos italianos y extranjeros. Mi objeto no es más que referir mis impresiones personales sobre esta importante cuestión.

Cuando es necesario practicar, por ejemplo, varias avulsiones de dientes ó de raíces, ó cuando por las condiciones especiales de la boca del paciente se nos presentan raíces profundas y fuertemente implantadas en el alveolo ó completamente cubiertas por la encía, cuyas raíces no son accesibles á la vista, el narcótico de acción rápida es insuficiente en estos casos, al menos que se juzgue oportuno volverlo á administrar cuando el paciente haya de despertar; pero la experiencia nos enseña que no se le debe anestesiar más de una vez en una misma sesión.

Yo no he desterrado del todo el cloroformo de la práctica estomatológica, y lo he administrado á muchos pacientes en los cuales estaba indicado su empleo, y os confieso que me ha dado excelentes resultados.

1.° Cuando se me ha presentado, por ejemplo, un paciente con una boca tan defectuosa que además de tener los dientes descoronados ofrecía raíces más ó menos alteradas que le producían dolor, estando indicada en este caso la extracción de diez ó más raíces, incluyendo también la de los primeros molares que tienen varias.

2.° Cuando por erupción difícil de un tercer molar inferior ó por caries de un diente inferior no se consigue la infiltración de los ganglios sub-maxilares con adenitis supurada, nos vemos precisados á extraer uno ó más dientes y dar salida al pus de la región sub-maxilar.

3.° En general, cuando debemos hacer varias extracciones en una sola sesión, ó cuando la extracción de los dientes y las raíces, por su posición, por su resistencia, por el número ó por las condiciones de los maxilares, exige evidentemente un tiempo bastante más largo.

Deberá, naturalmente, practicarse la cloroformización sólo cuando el paciente exija ó pida la anestesia, y sobre todo cuando sus condiciones generales lo permitan.

Empleo y recomiendo la anestesia con el Kelene ó con el

protóxido de ázoe cuando se trata de operaciones que pueden considerarse de brevísima duración, y cuando los pacientes no exijan la administración de estos anestésicos.

Pero la anestesia, ya sea de corta ó larga duración no está exenta de peligros, aún para la mayoría de los individuos que no padezcan afecciones cardiacas ó pulmonares ó cualquier otro padecimiento, y en las cuales esté naturalmente contra-indicada la administración de los narcóticos.

Por consiguiente, el estomatólogo tiene siempre cierta responsabilidad; pues he observado que existen individuos (afortunadamente bastante raros) en los cuales se nota una especie de indiosincrasia para los narcóticos ó sólo para uno de ellos, y á nosotros no nos es dado prever de dónde proviene el origen de aquella dolencia.

La estadística nos demuestra que muere un operado sobre 3.000 sometidos á la acción del cloroformo.

Por estas consideraciones que científicos y prácticos nos dan acerca de este asunto y por la plena convicción que de ellas han adquirido al estudiar esta cuestión, se han propuesto encontrar una substancia que sin peligro alguno suprima del modo más conveniente la sensibilidad general ó local, y hasta ahora sólo se han encontrado substancias tóxicas, que suministradas con la debida precaución, son las que presentan mayor probabilidad de considerárselas como tales anestésicos, y por esto se ha introducido en el comercio, con éxito más ó menos satisfactorio, una nueva forma de anestesia local, como lo es la cocaína y el cloruro de etilo.

Este, además de ser algo nocivo, ofrece varios inconvenientes:

1.° Su acción es de duración muy breve y no siempre responde á nuestros fines.

2.° El paciente que no resiste el frío no puede estar sometido á la acción del anestésico.

En cuanto á la cocaína enumeraremos más adelante el método que hay que seguir para evitar cualquier peligro.

Entre tanto expondré las principales reglas que hay que emplear para evitar los inconvenientes á que puede dar lugar la inyección del hidroclorato de cocaína:

1.ª No hay que administrar nunca la cocaína á los pacientes cuando estén en ayunas.

2.° Tener el paciente en posición horizontal ó por lo menos bien sentado y con la cabeza apoyada en la cabecera del sillón, que inclinaremos un poco hacia atrás.

3.° Emplear la conveniente solución (1/2 ó 1 por 100) y no inyectar más de dos centigramos por cada sesión.

Algunos escritores han exagerado mucho al enumerar los peligros de la cocaína en ciertos casos. Si á veces se presentan algunos accidentes, éstos son debidos á la administración de una dosis demasiado elevada ó á falta de precauciones. Además, al verificar el acto operatorio pura ó sencillamente pueden asimismo ocurrir dificultades, pues hay pacientes que padecen de síncopes, como he tenido muchas veces ocasión de observarlo en la Policlínica de Génova y como también lo han afirmado muchos prácticos.

Estos accidentes se hubieran seguramente atribuído á la cocaína si estos pacientes hubiesen estado sometidos á la acción de dicho alcaloide.

En la policlínica se han aplicado á la clientela privada, del modo que anteriormente he indicado, varios centenares de inyecciones para la avulsión de los dientes y los pacientes no han sufrido nunca accidente alguno.

El procedimiento que yo suelo seguir para estas inyecciones es el siguiente:

Empleo la jeringa, que consta:

1.° De un cilindro de cristal encerrado en un tubo de metal niquelado y de dos alitas unidas al cuerpo de la jeringa que forman el punto de apoyo de los dedos.

2.° De dos cánulas (una más larga y otra mas corta, ambas curvas) de metal, que se pueden cambiar y atornillar.

3.° De unas agujas de acero, las cuales se fijan á la cánula mediante un tope que refuerza esas mismas agujas que suelen romperse fácilmente al contacto de los tornillos.

Para que la inyección sea eficaz, es necesario que se efectúe en la encía, paralelamente al eje del diente que hay que extraer, sin hacerla demasiado cerca del cuello ni demasiado cerca del borde gingivo-labial, procurando que la punta de la aguja penetre hasta el dermis.

Es conveniente formar alrededor del diente una zona de anestesia, y por consiguiente hacer varias punciones, ó por lo menos una interna y otra externa; cuando hay que extraer un

diente aislado convendrá hacer cuatro punciones respectivamente: una interna, otra externa, una mesial y otra distal.

En estas dos últimas caras las punciones no deben practicarse perpendicularmente, sino paralelamente á la mucosa.

La anestesia dura aproximadamente diez minutos, por consiguiente una vez hecha la inyección conviene hacer la avulsión después de pasados dos ó tres minutos.

De todo lo anteriormente expuesto, se deducen las siguientes conclusiones:

1.° El anestésico ideal en estomatología será el que produzca en todos los casos la insensibilidad local ó general del paciente sin comprometer su existencia.

2.° No se ha encontrado todavía un medio de anestesia que responda á todas las exigencias de la estomatología, debiendo el prático recurrir á aquel que le parezca mejor indicado para el caso que tiene que tratar.

3.° Pueden considerarse como medios de anestesia general más recomendables, el Kelene, el protóxido de ázoe y el Sœmnoformo, sin excluir completamente para algunos casos especiales el empleo del cloroformo.

4.° El mejor medio de anestesia local es el hidroclorato de cocaína, porque administrado con las precauciones debidas, responde sin inconveniente alguno al fin que se persigue en la mayoría de los casos.

Discusión.

Mr. Rolland—He de manifestar al Dr. Giuria que yo no he tenido nunca accidentes con el empleo de la cocaína, y cuando éstos se han presentado han sido independientes por completo de tal empleo.

Mr. Solari.—Soy partidario del uso del Sœmnoformo, aunque también empleo la cocaína al 1 por 100 con buen resultado. Creo, sin embargo, que en los temperamentos nerviosos y en los alcohólicos no debe aconsejarse.

APARATO DE URGENCIA PARA CONTENCIÓN DE FRACTURA COMPLICADA DE MAXILARES SUPERIORES, DE ORIGEN TRAUMÁTICO

por Eduardo Beltrami (Marsella).

Señores: Hace un año se presentaron en mi gabinete los señores Dres. Nelaton de París y Delanorade de Marsella, para

pedir el concurso del arte dentario y hacer de urgencia un aparato para contención de fractura complicada de maxilares superiores.

Después de ponerme al tanto de la visita, se acordó que al siguiente día me presentarían al enfermo. He aquí lo ocurrido: el Sr. X., persona de 35 años, de robusta constitución, de paso en Marsella y de paseo en una calle un día de gran viento, tuvo la desgracia de pasar en el momento en que se desprendía de un tercer piso un cuadro de madera de unos tres metros de largo sobre dos de ancho, que si bien no estaba lleno presentaba un poco peso aumentado por la velocidad debida á la violencia del viento y vino á caer de filo en la cara de dicho señor, aplastándole la nariz y fracturando completamente tal como si los hubiesen seccionado los maxilares superiores guarnecidos de magníficos dientes, de tal modo, que parecíase ver en la boca una de esas dentaduras viejas flotando entre los labios. Aunque sin causar mucho dolor, al no tocarle, diremos que ningún alimento sólido podía tomar el herido y que sólo líquidos lo podían sostener.

Del día del accidente al día que recibí la visita, ocho días habían transcurrido é hice parte á dichos señores el temor que tenía que entre los bordes de los huesos fracturados los tejidos hubiesen entrado. Por fortuna no fué así. De común acuerdo fué decidido el hacer un aparato de contención para inmovilizar en su sitio la parte desprendida, favoreciendo de una parte la consolidación en su buena postura y permitiendo de otra la absorción de ciertos alimentos hasta ahora imposible.

Para efectuar el aparato fué preciso ante todo tomar la impresión de los dientes, ó sea de la parte flotante.

Aunque con alguna dificultad por el dolor que causaba la presión, logramos obtener una buena impresión y poder con moldes de zinc embutir una chapa de oro de cierto espesor prendiendo los dientes interior y exteriormente, y permitir la articulación exacta con los dientes inferiores.

Después de habernos asegurado de la eficacia del estampe de la chapa, hicimos soldar dos ganchos á la altura de los caninos, oblicuando dichos ganchos un poco hacia atrás y bajando lo necesario para dejar paso al espesor del labio. Para asegurar dicho aparato, nos hemos servido de un gorro de monacillo puesto en la cabeza tal como estos lo llevan, dos hebillas cosidas en

los lados á igual distancia de la coronilla sirven para moderar la presión de tensión por medio de una cinta de cada lado y á la extremidad de las cuales hay una especie de hebilla con una mortaja en la que gira el gancho del aparato. Otra cinta cosida detrás, da vuelta á la cabeza parándose en la frente con otra hebilla, bajo la cual hemos puesto un coginete para evitar que lastime. Ocho días después había una gran mejoría gracias á la eficacia del tratamiento de los Dres. Delangrade y Flexieres y á los alimentos sólidos que el enfermo mascaba con facilidad y sin dolor.

Dos veces al día se quitaba el aparato para pasarlo en alcohol, lavar bien la boca y volverlo á poner, operación que hacía fácilmente la persona que lo guardaba. En el décimo día observamos con gran satisfacción que la adherencia se había cumplido, pero sin embargo exigimos que el paciente guardase aún quince días más el aparato.

Este tiempo transcurrido, todo fué á bien y la consolidación fué completa.

Me queda daros las más expresivas gracias por la atención conque me habéis favorecido, no habiendo en todo esto nada de nuevo ni de mérito; sólo lo presento por su simplicidad sobre otros, hechos en igual caso, y os ruego escuséis mi atrevimiento al tomar la palabra en esta hermosísima lengua que me llena el corazón. He dicho.

Discusión.

Dr. Rolland.—He pedido la palabra solamente para felicitar á nuestro querido colega Mr. Beltrami por el brillante trabajo que nos ha presentado.

UN AÑO MÁS

Al entrar La Odontología en el año XIII de su publicación, se cree en el deber de dirigir un afectuoso saludo á sus lectores y á la profesión en general.

Siguiendo la corriente de progreso que de poco tiempo á esta parte se muestra en ella en toda clase de manifestaciones, nos vemos obligados en el año presente á responder á tales tendencias introduciendo mejoras materiales en nuestra Revista.

El número presente, primero de la serie de 1904, podrá ha-

blar más claro que cuantas promesas pudiéramos hacer. El aumento de tamaño y de líneas en cada página dan también un aumento de lectura no despreciable en cada número, á las cuales hemos de procurar llevar el mayor interés, tanto en lo que se refiere á los asuntos científicos cuanto á los de interés profesional. Excelentes y numerosos grabados ilustrarán nuestro texto para el que contamos con notables trabajos de las personas más eminentes en nuestra profesión, y para que la impresión de la parte ilustrada sea irreprochable, tiraremos todo el número en magnífico papel *couché*. Cuidaremos muy especialmente la parte que pudiéramos llamar de *información profesional*, para que nuestros lectores se hallen al corriente de cuanto ocurra digno de mención relacionado con nuestra carrera, y seremos un eco constante de los trabajos que las Sociedades profesionales lleven á cabo durante el curso.

Si al año próximo pasado correspondió un suceso de tanta transcendencia cual la celebración del XIV Congreso Internacional de Medicina, el presente puede ofrecer uno no menos importante, cual es el IV Congreso Dental Internacional de San Luís, que tendrá lugar en Agosto y que hará que durante la segunda mitad del año nuestras páginas ofrezcan el gran interés que vienen ofreciendo desde Abril último con la publicación de *todos* los trabajos leídos en la Sección XII del Congreso de Medicina, labor que supone un esfuerzo que no dudamos habrán sabido apreciar nuestros lectores en su justo valor.

Estas mejoras, unidas á otros proyectos que tenemos, harán seguramente y como al principio decimos, que LA ODONTOLOGÍA responda como es su deber al positivo progreso profesional que de tan diversas como numerosas maneras se vá manifestando cada día con mayor fuerza, y del cual, y en la medida de nuestras fuerzas hemos sido los más ardientes difundidores desde que nuestra Revista vió la luz.

UN BANQUETE

El 20 del próximo pasado Diciembre, la Sociedad Odontológica de Vizcaya obsequió con un suculento banquete á nuestro Director D. Florestán Aguilar con motivo de la visita que hizo á Bilbao para dar una conferencia en dicha Sociedad, visita de la que ya tienen conocimiento nuestros lectores.

Al terminar la sesión, cuyos detalles podrán verse en este mismo número en la sección correspondiente, se celebró dicho banquete en un salón del Gran Hotel de Vizcaya con arreglo al siguiente *Menú:*

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE VIZCAYA

Banquete ofrecido al Sr. Aguilar

EL DÍA 20 DE DICIEMBRE DE 1903.

— MENÚ —

Ostras.
Entremeses variados.
Consommé prinfannier Real.
Vol-au-vent de ave.
Lubina guarnecida salsa genovesa.
Solomillo financiere.
Jamón y cabeza de jabalí al aspic.
Capón asado con berros.
Ensalada. | Waletsky helado.
Postres. | Café.

VINOS

Vino blanco...	Diamante Reserva.
— — ...	Sraves.—R. López Heredia.
— tinto ...	Cosme Palacio.
	Riscal.
Champagne....	Viuda Cliquot.
Licores..... ..	Cognac Martell.—Benedictine.

La mesa estaba profusamente adornada de flores naturales, y una animación y fraternal alegría dominaba en todos los comensales.

El Sr. Otaola leyó un artículo que en elogio del Sr. Aguilar publicaba *El Nervión,* diario local de Bilbao.

Al destaparse el champagne inició los brindis el Sr. Otaola, diciendo poco más ó menos:

Señores: La Sociedad Odontológica de Vizcaya aprovecha este solemne acto para ofrecerle al Sr. Aguilar el título tan merecido por todos conceptos de Presidente honorario, y ruego á todos mis compañeros que estampen su firma al dorso del mismo para que le sirva de un recuerdo más grato y más duradero de esta fiesta y de la unión que reina entre todos sus socios, y ya en el uso de la palabra y contando con vuestra benevolencia como siempre cuento, voy á deciros algo de la historia profesional de nuestro Presidente honorario.

No se si por mis aficiones ó por mi curiosidad, siempre me he interesado por la suerte de nuestra profesión y he seguido paso á paso á sus hombres

La historia del Sr. Aguilar no es muy antigua, pues puede empezarse desde hace unos doce años y para su división voy hacer un simil. Hay un teorema en geometría que dice: «tres puntos que no están en línea recta determinan la posición de un plano», y tres puntos ó períodos determinan también la corta y brillante historia de nuestro ilustre huésped.

El primero, la fundación de la Revista La Odontología; el segundo, la fundación de la Sociedad Odontológica Española, y el tercero, la reforma de nuestra carrera.

En el primer período se nos revela el Sr. Aguilar fundando La Odontología. Todos sabéis los trabajos y vigilias que cuesta sostener una Revista de esta índole, dándole cada vez mayor relieve, y en sus páginas encontraréis sus numerosos trabajos; en el segundo, se nos revela como organizador fundando la Sociedad Odontológica Española; como orador tomando parte activa en los Congresos dentales que en esta época se han presentado, y como entendido en cuestiones mercantiles fundando la Compañía Dental Española, y en el tercero, se agranda su figura iniciando y llevando á cabo la reforma de nuestra carrera y desempeñando con beneplácito unánime la cátedra de Odontología de San Carlos.

En estos tres períodos se encierra la historia profesional de doce años de nuestro ilustre huésped, y no me detengo en otros detalles que abrillantan más y más su carrera.

Hace luego un parangón entre los grandes banquetes celebrados en París, Chicago, Madrid y este modesto que celebramos.

Dirige luego un saludo á la Sociedad Odontológica Española, rogándole al Sr. Aguilar sea intérprete de sus deseos.

Y termina diciendo: me siento orgulloso de chocar mi copa con tan dignos compañeros, brindo por la prosperidad de la Sociedad Odontológica de Vizcaya y por el Sr. Aguilar, nuestro Presidente honorario, rogándole no se duerma en sus laureles ni se deje conquistar por la fortuna para abandonar la profesión. (Aplausos).

El Sr. Palacios: Compañeros: estoy tan sumamente emocionado ante el acto que estamos celebrando, que no acierto á expresar lo que mi corazón siente; yo os diría... pero no quiero amargar con mis divagaciones el final de nuestro suculento banquete. (Voces: no, no.) Bien, pues yo saludo con verdadero en-

tusiasmo al Sr. Aguilar, que tan espléndidamente sabe sacrificarse en bien de nuestra profesión, y felicito igualmente á nuestro Presidente Sr. Otaola, iniciador de esta idea, y que debido á sus trabajos va adelantando nuestra Sociedad. Brindo por la Sociedad Odontológica de Vizcaya y por todos sus socios, mis queridos compañeros, (aplausos) y propongo que el ramo de flores que adorna la mesa se le envíe á la señora de nuestro Presidente. (Bien, bien.)

El Sr. Blasco: Nada hay que redunde más en beneficio de la profesión que la Asociación; así, pues, debemos felicitarnos por el acto que estamos celebrando. Brindo por el Sr. Aguilar, por el Sr. Otaola y por el porvenir de nuestra Sociedad. (Aplausos).

El Sr. García Orive. Participo en un todo de la opinión de mis queridos compañeros; yo también levanto mi copa para brindar por nuestro ilustre huésped, por el Sr. Otaola y por la Sociedad Odontológica de Vizcaya. (Aplausos).

El Sr. Lilliot: Señores, demos muchas gracias al Sr. Aguilar, nuestro distinguido Presidente honorario, por la molestia que se ha tomado al venir desde tan lejos para honrar nuestra modesta Sociedad Odontológica de Vizcaya con su presencia.

Siento mucho que el no poder expresarme bien me impida decir todo lo que siento hacia el ilustre Sr. Aguilar, á quien podemos considerar como el general de todos los dentistas. (Grandes aplausos).

El Sr. Aguilar, emocionado ante aquellas manifestaciones de afecto, hizo con gran elocuencia un extenso brindis abogando por la prosperidad de la Sociedad Odontológica de Vizcaya; saludó al Sr. Otaola, iniciador de ella, que dando ejemplo de patriotismo y de entusiasmo profesional, ha logrado fomentar el espíritu de solidaridad entre sus compañeros de profesión bilbaínos, consiguiendo que todos ellos se alisten como socios de aquella agrupación. Encomia la laboriosidad cien veces probada del Sr Otaola, que ha sabido llenar con interesantes artículos y con numerosísimas traducciones muchas páginas de Revistas profesionales, contribuyendo como el que más á la bibliografía dental española.

Habla de la laboriosidad que caracteriza á los hijos de Vizcaya y de la admiración que siente como español por la filantropía de los bilbaínos, que para honra de España han fundado un grandioso hospital que se está edificando, y que con sus

treinta y tantos pabellones puede ventajosamente compararse á la mejor institución de esa índole que exista en el extranjero. Muy raro es encontrar en nuestro país, fuera de Bilbao, donantes que entreguen quinientas mil pesetas y un millón de pesetas y aun más, como han dado algunos de los generosos fundadores de esa expléndida Institución que hemos visitado.

La iniciativa del Sr. Otaola, secundada por la Sociedad Odontológica de Vizcaya, de que en uno de esos pabellones y al lado de las otras especialidades médicas se instale una clínica de odontología, tiene necesariamente que encontrar en el público el apoyo que merece tan generosa idea. Sus socios no deben desmayar en su empeño hasta lograr la instalación de esa clínica.

En calurosos párrafos, termina brindando por la Sociedad Odontológica de Vizcaya y por la creación de esa clínica de odontología, y terminó el banquete en medio del mayor entusiasmo.

O DENTISTA MODERNO

La falta de tiempo y de espacio nos obligó en nuestro número anterior á dar una sencilla nota bibliográfica sobre el libro que bajo el título que encabeza estas líneas acaba de publicar en Lisboa nuestro querido compañero D. Francisco Ortiz.

Aguijoneado por la incuria que en materia de enseñanza odontológica reina en Portugal, y estimulado por lo que España, su patria, ha hecho en estos últimos tiempos en tal sentido, ocúpase con grandes conocimientos y entusiasmos y con no menor copia de datos, de llevar á todas las esferas sociales elconvencimiento de que la importancia de nuestros servicios profesionales es extraordinaria, y que la ignorancia que sobre el particular reina debe de ser combatida con una enseñanza seria y científica cual lo requiere una profesión eminentemente médica y cual la practican comprendiéndolo así, casi todos los países cultos.

La exposición que hace nuestro compatriota de los sistemas de enseñanza seguidos en estos países es notabilísima, revelando un profundo estudio sobre todos ellos y muy especialmente sobre el recientemente instaurado en nuestra patria que con gran detención describe, siendo acompañado de láminas que representan la Clínica Odontológica de San Carlos. Después de hacer resaltar la enorme diferencia que existe entre estos procedimientos y los que se siguen en los [illegible]

vecino reino, completa su labor presentando un programa de estudios de odontología de lo más acabado y completo en su clase, el cual propone para su adopción al gobierno portugués.

No se contenta con tratar este asunto, fin principal de su libro, sino que además no perdona medio de mezclar á cada instante otros encaminados siempre á demostrar la importancia grande de nuestros servicios y la necesidad de que los poderes públicos los miren con el interés debido; describiendo al efecto las operaciones que á diario practicamos, haciendo resaltar el poderoso auxiliar que es el dentista en muchas ocasiones para la medicina legal y ocupándose también de lo convenientísima que sería la existencia de dentistas militares, asunto del que muchos países se han preocupado seriamente, terminando por ser instituídos como una verdadera necesidad en sus ejércitos.

Por último, y como lógica secuela de los males que el charlatanismo de los empíricos de una parte, y la ignorancia del público de otra producen, da una serie de consejos sobre los cuidados que á la boca deben prestarse, combatiendo de paso multitud de *errores* populares que dicha ignorancia acoje como verdaderos artículos de fe y causa muchas veces de serios trastornos para el organismo.

La dedicatoria á la Reina de Portugal haciendo un llamamiento á su reconocido amor por la ciencia, para que influya sobre su augusto esposo con objeto de que los estudios odontológicos sean reformados; y el prólogo en el que aparecen condensadas las por todos conceptos loables ideas del autor, completan su obra digna de ser leída y estudiada con detenimiento por los que aún no se han percatado del lugar que entre las profesiones científicas debe ocupar la nuestra.

Ingratos seríamos si á labor tan meritísima de un compatriota, no dedicáramos los aplausos sinceros que merece. Con el noble afán de que el progreso resplandezca en todas partes, pide para el que no es su país, lo que pudieran pedir los más directamente interesados, en un folleto preñado de sanas enseñanzas y fruto de grandes estudios.

Nos enorgullece ver un compatriota más llevando á tierra extranjera sávia española, y aconsejamos á nuestro querido amigo persevere en su noble tarea, seguro de que tarde ó temprano recogerá el fruto de sus trabajos.—A. L. A.

Deglución de un aparato protésico y su evacuación por las vías naturales, por el Dr. S. Dunogier. —(Del *Bulletin Medical de la Clinique Saint-Vicent-de Paul, de Bourdeaux.)*

El autor, después de un preámbulo en el que trata las consecuencias que pueden derivarse de la deglución de estos apatos y la conveniencia para el cirujano de asegurarse bien de sus dimensiones, forma y situación antes de operar, describe el siguiente caso:

Una señora, que después de varias vacilaciones se hizo construir un aparato compuesto de un central y los dos primeros bicúspides con dos ganchos á los caninos. Una noche se despertó sobresaltada por molestias inexplicables en un principio y dolores en la región epigástrica, que hicieron que viniese en conocimiento de que se había tragado el aparato. Fué llamado un médico que intentó inútilmente hallar el aparato en la faringe ó en el exófago, y en vista de no haberse conseguido nada, la enferma marchó á Burdeos á la mañana siguiente donde se hizo ver por un cirujano. Los rayos X y la sonda exofágica no dieron resultado alguno.

Examinada por el Dr. Dunogier, por una porción de circunstancias que sería prolijo enumerar, se vino en conocimiento de que el aparato en cuestión se hallaba alojado en el estómago, y por un examen detenido de la boca pudieron precisarse con exactitud las dimensiones y forma del tal aparato.

Esto fué comprobado por haber la enferma eliminado al fin el cuerpo extraño por la vía intestinal y por estar conformes las dimensiones y forma con las que el examen de la boca habían demostrado, siendo de notar que á la enferma le faltaban más dientes que los que tenía el aparato, y sin embargo, por la señal de su asiento en la boca pudo precisarse que no tenía aquél más que tres dientes y dos ganchos de oro en los colmillos. Estaba construído en caucho y sus dimensiones eran de 47 milí-

El autor dice que esta observación es interesante desde varios puntos de vista, á saber:

1.° Nos demuestra el auxiliar precioso que encontrará el cirujano en el dentista.

2.° Las consecuencias posibles de un aparato mal instalado en la boca y que no obstante su volumen puede ser tragado y evacuado por las vías naturales.

3.° Nos demuestra también la gran flexibilidad de las paredes del tubo digestivo.

4.° Por último, nos hace ver que no debe dar lugar á asustarse demasiado cuando un cuerpo de digestión difícil haya sido deglutido.

* * *

Sobre el tratamiento eléctrico de las neuralgias del trigémino, por el Dr. Bordier.—(De los *Archivos de Terapéutica de las enfermedades nerviosas y mentales.)*

El tratamiento eléctrico de las neuralgias es uno de los más favorables, y da tanto mejor resultado cuanto más reciente es la enfermedad, en tanto que en las neuralgias inveteradas son necesarias gran número de sesiones para obtener la curación.

En el tratamiento de las neuralgias se han utilizado las diversas formas de energía eléctrica; pero la corriente galvánica, usando como electrodo activo el anodo y una intensidad suficientemente grande, es la que produce mejores resultados.

En las neuralgias del trigémino, el autor adopta como electrodo activo una placa con tres prolongaciones: una para la frente, otra para la sección comprendida entre el ojo y el labio superior y la tercera para el mentón.

La placa debe estar bien aislada y corresponder exactamente por la forma al carrillo del sujeto; además, entre la piel y la placa es bueno interponer un trozo bastante grueso de algodón hidrófilo, muy humedecido con agua caliente y que rebase la placa de manera que no deje descubierto al enfermo más que el ojo. De este modo solamente podrá hacer soportar al paciente una fuerte corriente, no serán de temer las escaras y se podrán electrizar todas las partes enfermas. Es beneficioso que el enfermo esté extendido horizontalmente sobre la placa para impedir la desecación de una parte del electrodo y tener así la misma densidad eléctrica sobre toda la superficie.

La corriente debe ser aumentada poco á poco por medio del reostato hasta una intensidad de 30 y 80 miliamperes; y á pesar de esta fuerte corriente, no se debe presentar sobre la piel, si la aplicación está bien hecha, más que una coloración rosada uniforme.

En general, las crisis dolorosas no tardan en disminuir de frecuencia y de intensidad, y entonces se pueden espaciar las sesiones, haciéndolas cada dos días. Desaparecidas las crisis, se suspende el tratamiento para repetirle si el dolor vuelve, pero con una intensidad de corriente menor (de 30 á 50 miliamperes) y durante media hora solamente.

Refiere Bordier dos casos de prosopalgia rebeldes á los demás tratamientos, curados radicalmente con este método, uno hace tres años y el otro cuatro, y que hasta ahora no han presentado recidiva.

Tratando de explicar el modo de acción de la corriente en el tratamiento del tic doloroso, manifiesta que la corriente pasa la piel, sigue los filetes nerviosos hasta llegar al ganglio de Gasserio y á las raíces del trigémino.

En este paso tiene lugar un transporte y un cambio de corrientes nutritivas que basta para explicar las modificaciones acaecidas en el grado de irritabilidad, en la circulación y por consecuencia en la nutrición de las diferentes ramas del nervio.

Gran número de médicos electricistas han publicado observaciones que demuestran la eficacia del tratamiento con la corriente de alta intensidad preconizado por Bergonie, y todos afirman que este método produce una gran mejoría de las crisis y de los dolores tan terribles propios de esta neuralgia.

Consiguiendo, según Bordier, llegar á una duración de aplicaciones muy larga se puede obtener, no un efecto paliativo, sino una curación completa y definitiva en la mayoría de los casos.

Termina el autor augurando que este método, que por su eficacia es de una duración superior en sus efectos á los tratamientos médicos ó quirúrgicos, será aplicado en gran escala en beneficio de los enfermos que padecen esta sensible neuralgia.

*
* *

Uso práctico de los rollos de algodón absorbente, por el Dr. William P. Richards.—(De *Le Progrés Dentaire.)*

Para las obturaciones plásticas y las orificaciones simples

sobre los incisivos centrales, laterales y los caninos superiores, el autor usa dos rollos de algodón no absorbente colocados uno entre el labio superior y los dientes, y el otro por debajo de éstos, los une por sus extremos con los ganchos de la brida del dique de goma poniendo dicha brida en posición, la cual mantiene en la suya ambos rollos. Después coloca un nuevo y grueso rollo entre el inferior colocado anteriormente y los incisivos inferiores, de tal suerte, que el paciente puede cerrar la boca sobre él y limitar así su oclusión. Este medio es, según su autor, muy rápido; asegura la exclusión de la saliva y es menos desagradable que el dique de goma, pudiéndose también si se quiere colocar una servilleta aséptica bajo dichos rollos de algodón.

Persiguiendo también el fin de la mayor rapidez y de la mayor comodidad para el cliente, emplea también los rollos en buen número de operaciones sobre los bicúspides y molares. En estos casos los sujeta con un *clamps* de los especiales para este objeto después de haber aplicado préviamente trozos de algodón absorbente sobre los conductos glandulares y recurriendo al auxilio del eyector de saliva. Opina que en casi todos los casos sustituye con ventaja al dique, y que los pacientes se muestran muy reconocidos al deseo de evitarles molestias.

NECROLOGÍA

DR. J. FOSTER FLAGG

En los últimos días del pasado Noviembre rindió tributo á la muerte en los Estados Unidos el Dr. Flagg, á los 75 años de edad y después de larga y penosa enfermedad.

Era una de las principales figuras que han honrado los anales del progreso dental en América, descendiendo de tres generaciones de dentistas y consagrando la mayor parte de su vida á la curación de los dientes.

Graduado en Febrero de 1856 en el Colegio de cirugía dental de Filadelfia, ejerció durante algunos años en Nueva Jersey, volviendo después á aquella capital donde se estableció con su padre en 1860. Trabajador entusiasta, enérgico é incansable, por su trato cortés y su gran habilidad como operador, bien pronto adquirió una clientela tan numerosa como escogida, donde pudo dar á conocer su prácticas é iniciativas

La literatura profesional tuvo en él un incansable proveedor, siendo nuestra Revista una de las que en diversas ocasiones vió honradas sus páginas con trabajos suyos muy estimables. Publicó también una obra titulada «Rellenos plásticos», de la que se hicieron varias ediciones.

Como profesor, obtuvo el Dr. Flagg una reputación justamente merecida en el Colegio Dental de Filadelfia, en el que desempeñó la cátedra que en un principio se llamó de *Principios de Odontología*, y más tarde *Terapéutica y patología dental.*

Fué un entusiasta propagador de las obturaciones plásticas en una época en la que se consideraba el oro como casi único é insustituíble material de obturación, suponiendo un trabajo enorme y una gran cantidad de tiempo los notables experimentos que hizo sobre las amalgamas.

La ciencia odontológica ha perdido con él una de sus mayores figuras y uno de sus más decididos propagadores. Descanse en paz.

M. WILLIAM ASH

El 19 del pasado Noviembre falleció en Londres M. William Ash, hijo menor de M. Claudius Ash, fundador de la célebre casa que lleva su nombre.

Interesado desde su juventud por nuestra profesión, ésta y la casa Ash han perdido un poderoso é inteligente auxiliar.

Damos á la familia nuestro pésame más sentido.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 15 de Enero de 1904.

Bajo la presidencia del Sr. Aguilar, celebró sesión esta Sociedad el día 15 del corriente Enero. Asistieron los Sres. Sánchez, Subirana, López Alonso, Losada, Salces, Porras, Vicente Pérez, Laguna, Tirso Pérez, Sánchez (D. José), Faure, Alberdi y López (D. Ricardo).

Es leída y aprobada el acta de la sesión anterior.

Despacho de Secretaría.

El *Sr. Secretario general* da cuenta de haberse recibido dos folletos dirigidos y dedicados á la Sociedad, titulado uno «O dentista moderno», del Sr. Ortiz de Lisboa, y otro los «Discursos de la

Academia Médico Quirúrgica Española», leídos en el curso pasado.

El *Sr. Aguilar* indica la conveniencia de que se examinen y se analicen los libros españoles que se reciban para hacer un estudio crítico de cada uno.

El *Sr. Losada* opina que antes que nada deben darse las gracias á sus autores.

El *Sr. Pérez* (D. Tirso). Aunque esa labor de crítica se ha hecho con algunos libros, se han recibido otros con los que nada se ha hecho todavía.

El *Sr. Sánchez*. Aunque comisionados el Sr. Subirana y yo para estudiar un libro dirigido á la Sociedad hace tiempo, no lo hemos hecho aún; prometo en mi nombre y en el de mi compañero hacerlo á la mayor brevedad posible.

El *Sr. Subirana* también promete cumplir este encargo y presentar el dictamen.

El *Sr. Aguilar* propone que dichos dos señores, en unión del Sr. Losada, se encarguen también de dar dictamen sobre el libro del Sr. Ortiz y así se acuerda.

Se dá lectura á dos comunicaciones del Círculo Odontológico de Cataluña dando cuenta: una, de la constitución de su nueva Junta directiva, y otra, invitando á la Sociedad á concurrir al acto de inaugurar su curso académico. Se lee también otra invitación igual de la Sección Odontológica Balear, y es admitido como socio de número D. Conrado López Pujalte.

Incidentes de práctica profesional.

El *Sr. Pérez* (D. Tirso) presenta una moción á la Mesa rogando sean preguntados todos los señores socios sobre cual es el anestésico local de su preferencia. La presidencia, aunque haciendo constar lo raro del procedimiento, no encuentra inconveniente en acceder á los deseos de dicho señor y se hace la pregunta, á la que uno por uno van contestando todos los presentes en la forma siguiente: Sánchez (D. José), el benesol; Laguna, la cocaína; García de la Beldad, el clorhidrato de cocaína; Vicente Pérez, el benesol; Martínez Vargas, el benesol; Porras, la cocaína; Faure, la cocaína; Salces, el benesol; Losada, los prepados de cocaína; Subirana, la cocaína; Aguilar, el benesol; López Alonso, el clorhidrato de cocaína; Alberdi, la cocaína, y don Tirso Pérez, la acoína.

Dicho señor presenta también el siguiente tema: «Ante la

presencia de un absceso alveolar por caries, ¿cuál es el procedimiento más eficaz de tratamiento?» Después de decir algunas palabras sobre el asunto los Sres. Losada y Subirana, y habiendo transcurrido el tiempo dedicado á esta parte de la sesión, á ruegos del interesado se deja para la siguiente la discusión de tal tema.

Se dá cuenta y se enseña á los concurrentes una fotografía recibida del Sr. Cancela, del Brasil, representando una ingeniosa mascarilla para la administración del cloruro de etilo ideada por dicho señor. Es muy elogiada, y se acuerda contestar dando las gracias y el parabién al autor.

Se presenta un anestésico preparado por el Sr. Carrasco y Novoa, y el Sr. Aguilar da sobre él algunas indicaciones que el autor á su vez le ha dado.

El *Sr. Losada* dice que es muy difícil dar opinión sin estudiarlo, y que el autor debe proporcionar mayor cantidad para que todos los socios puedan ensayarlo.

D. Tirso Pérez dice que siendo secreto no debe darse dictamen, y que únicamente procede estudiarlo sabiendo sus componentes.

El *Sr. Losada* se muestra conforme con lo dicho por don Tirso Pérez, opinando que basta que el autor diga los componentes sin decir las proporciones, y en este caso podría ensayarse en la Clínica de San Carlos por los profesores de Odontología.

D. Vicente Pérez se muestra partidario de que se celebre una sesión clínica para experimentar sus efectos.

El *Sr. Sánchez* (D. Bernardo) opina que el autor debiera presentar una Memoria exponiendo sus componentes y basada en experimentos, y se acuerda esto, suspendiéndose la discusión.

Memoria presidencial de inauguración del curso. Discusión.

Se pone á discusión la Memoria presidencial reglamentaria leída por el Sr. Aguilar en la inauguración del curso y pide la palabra el Sr. Losada, diciendo que no se presta á discusión la presentación de casos sin haberlos visto desde el principio, y da el parabién al Sr. Aguilar por su trabajo.

El *Sr. Pérez* (D. Tirso) se muestra en parte conforme con lo dicho por el Sr. Losada, pero opina que la mayor importancia de la Memoria está en las deducciones que pueden hacerse

sobre la importancia de las clínicas, la ignorancia en este punto de la clase médica y el abandono de las clases pobres. Critica el pedazo de hueso presentado como intento de prótesis en uno de los enfermos, y termina calificando al autor de la Memoria de bienhechor de la humanidad.

El *Sr. Losada* dice que aunque el Sr. Pérez se ha admirado tanto del ensayo de prótesis con un fragmento de hueso, las corrientes modernas conducen al empleo hecho ya en algunos casos de huesos descalcificados de animales, con la idea de conseguir una especie de ingerto, en contra de la prótesis inmediata con caucho, hoy mandada retirar.

D. Tirso Pérez se felicita de haber oído los datos proporcionados por el Sr. Losada, y dice que él al criticar la planchita de hueso colocada por los médicos á uno de los casos presentados por el Sr. Aguilar fué por la forma en que esto se hizo.

D. Vicente Pérez dirige algunas frases de felicitación al señor Aguilar por su Memoria.

El *Sr. Subirana* pide se le reserve la palabra para otra sesión sobre este asunto.

El *Sr. Aguilar* comienza extrañándose y lamentándose de que el Sr. Losada diga que no hay materia de discusión en su Memoria, cuando precisamente al elegir el tema de «Complicaciones de la caries dental» lo hizo por lo mucho que se prestaba á ser comentado por todos. Dice que ha sufrido por esto una decepción, é invita de nuevo á los señores socios, cuyas frases laudatorias para con él agradece, para que no desistan de discutir el asunto en sesiones venideras. Defiende la prótesis inmediata de Martín de Lyon, que no está mandada retirar como el Sr. Losada dice, debiendo constituir un timbre de gloria para la profesión el que uno de sus individuos haya hecho en esta materia cosas verdaderamente interensantísimas, y que aunque sea cierto que se ha empleado el hueso en algunas de estas restituciones, no justifica ni mucho menos el que la prótesis de Martín de Lyon, esté mandada retirar.

El *Sr. Losada* dice que lo de la discusión difícil lo dijo refiriéndose á los casos presentados por el Sr. Aguilar y no al tema de su trabajo. Igualmente al hablar de prótesis inmediata mandada retirar, lo hizo refiriéndose á la prótesis en caucho y porcelana y no á la prótesis inmediata en general, como el señor Aguilar ha entendido.

«La Nervocidina.» Disertación del Sr. Aguilar.

Suspendida esta discusión, comienza su conferencia sobre la «Nervocidina»

El *Sr. Aguilar*, quien después de hacer historia sobre el medicamento y los primeros ensayos, trata de sus aplicaciones en odontología. Trata también de su toxicidad extraordinaria para reforzar lo cual, describe algunas pruebas demostrativas de que posee esta cualidad en grados verdaderamente temibles. Le encuentra tres aplicaciones: para inyecciones intragingivales, para insensibilizar la dentina y para la extirpación indolora de la pulpa. No ha hecho experiencias sobre el primer punto, por miedo á peligros verdaderamente extraordinarios y por lo que tarda en aparecer la anestesia, la cual por otra parte es de una notable duración. Estima que su mayor importancia está en las otras dos aplicaciones. Para insensibilizar la dentina, le ha dado excelentes resultados sin atacar para nada á la vitalidad del diente, pudiéndose hacer la aplicación y operar á las cuatro ó cinco horas, encontrando la dentina completamente insensible. Hace una disolución al 5 por 100 con agua de goma y la pasta la coloca sobre la dentina, cerrando la cavidad con gutapercha, y con grandes precauciones para que no pueda mezclarse con la saliva la menor cantidad de medicamento tan peligroso.

El *Sr. Losada:* En contra de lo que suele suceder con medicamentos que en los primeros instantes parecen de suma eficacia y luego quedan en nada, en esta ocasión parece que se trata de un producto de verdadera utilidad. De lo dicho por el señor Aguilar, deduce que ese poder tóxico, tan extraordinario, es análogo al de la aconitina, del cual cita algún ejemplo. Cree que su utilidad para nosotros se reduce á la anestesia dentinal y pulpar, y no se atrevería á la gingival por las mismas razones expuestas por el Sr. Aguilar. Como insensibilizador de la dentina parece ser ideal, y esto sería para nosotros también ideal, por ser este un verdadero problema, pero juzga que no estamos aún seguros de que no ofrezca algún inconveniente. Como la gutapercha y el cemento al fin son porosos, se muestra temeroso de que puedan ser insuficientes para un aislamiento absoluto dada la gran toxicidad de la nervocidina.

El *Sr. Pérez* (D. Tirso) se muestra asustado de ese gran poder tóxico, que constituye á su juicio un grave inconveniente

para su empleo. Opina debemos aguardar una mayor práctica sobre su uso.

Delegación al Congreso de San Luis.

Se pasa á tratar el nombramiento del Comité español de propaganda para el Congreso de San Luis y de Delegado de la Sociedad para el mismo objeto, y después de dar sus opiniones los Sres. Aguilar, Losada y Subirana, se acuerda que el Comité lo formen individuos de todas las Sociedades de España y que la elección de Delegado se verifique enseguida. Se presentan candidatos los Sres. Aguilar, Subirana y Losada, y verificada la votación obtienen: tres votos el primero, dos el segundo y diez el tercero, el cual queda proclamado como Delegado de la Sociedad Odontológica para dicho Congreso.

El *Sr. Losada* da las gracias en elocuentes frases y se levanta la sesión á las doce y media.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE VIZCAYA

Sesión extraordinaria del 20 de Diciembre de 1903.

Verdaderamente notable ha sido para esta Sociedad y días de fiesta profesional para sus socios, la venida de D. Florestán Aguilar; de verdadero acontecimiento se puede calificar, pues todos sus socios, animados de un mismo pensamiento se preparaban á recibir con verdadero entusiasmo á su Presidente honorario, que sin más movil que el interés de la profesión y el amor que siente hacia sus compañeros, como tantas veces lo ha demostrado, vino á Bilbao abandonando su clientela y sus comodidades haciendo un viaje largo para dar una conferencia científica en la Sociedad Odontológica de Vizcaya.

Esta Sociedad no olvidará nunca los gratos recuerdos que el Sr. Aguilar dejó entre sus socios durante su corta estancia en Bilbao y en la sesión celebrada el 20 de Diciembre. Antes de empezar ésta dió algunas explicaciones acerca de un caso de corrección presentado por el Sr. Laburu.

El Sr. Otaola presentó un caso de fractura del maxilar inferior con pérdida de substancia ósea, todo el borde alveolar con los cuatro incisivos, canino y molares del lado derecho producida por arma de fuego, caso verdaderamente raro, porque no se comprende cómo no perdió la vida, y que sirvió para que el Sr. Aguilar demostrara los muchos conocimientos que posee so-

bre el particular, y después de algunas indicaciones de los señores Edwards, Palacios y Blasco se abrió la sesión bajo la presidencia de D. Juan de Otaola á las seis y media de la tarde y con la asistencia de los Sres. Larrazabal, Laburu, Blasco, Edwards, Gorostiaga, García Orive, García Oronoz, Ariño, Lilliot, Niño, Palacios y Arregui.

Breves palabras de presentación del Sr. Presidente precedieron al discurso del Sr. Aguilar, quien después de un exordio agradeciendo á la Sociedad la distinción que le había conferido al nombrarle Presidente honorario y encomiando las ventajas que para el progreso profesional representan corporaciones como esta, empezó á desarrollar el tema de «Procedimientos de enseñanza de la Odontología», insistiendo sobre el interés que reviste para el dentista español, que actualmente está contribuyendo á la metamorfosis de su profesión, con la creación de la enseñanza oficial de esta carrera, cuanto se relacione con los métodos pedagógicos y manera de organizar con la mayor eficacia la formación del dentista moderno dentro de los estrechos límites de tiempo que dá el curso académico.

Hizo un análisis del conjunto de asignaturas que en algunas escuelas extranjeras constituyen el programa de estudios, fijándose especialmente en la importancia que á la enseñaaza manual y técnica se le dá en aquellas instituciones, consagrando á ella más de la mitad del tiempo de los estudios.

Considera como plan modelo de enseñanza el que se sigue en los departamentos dentales de las Universidades americanas, haciendo una descripción detallada del programa de estudios y presentando una numerosa colección de trabajos ejecutados por los alumnos de la Universidad de Pensylvania.

Habló del método de enseñanza que sigue con los alumnos de Odontología en la Facultad de Medicina de Madrid, presentando igualmente buen número de dibujos hechos por los mismos de dientes esculpidos por los estudiantes, en jabón y en yeso para familiarizarlos con los detalles morfológicos de los dientes y obturaciones de diversas clases hechas en piezas fuera de la boca, explicando lo que constituye la enseñanza manual en el curso antes de que los alumnos comiencen á asistir á los enfermos de la clínica.

Hizo una descripción de la vida escolar del estudiante de Odontología en América y de la organización de la Asociación

nacional de facultades dentales de los Estados Unidos, así como del Instituto de pedagogía dental, encomiando las grandes ventajas que para el perfeccionamiento de los métodos de enseñanza tienen estas corporaciones.

Ilustró su conferencia con más de 50 fotografías de diversas escuelas, fijándose particularmente en el desenvolvimiento que iban adquiriendo las clínicas de la llamada «Cirugía oral», ó sea cirugía de la boca, asignatura que comprende el minucioso estudio de las afecciones, no ya de los dientes, sino de todos los órganos de la boca que llega á hacer de la estomatología una especialidad quirúrgica que el dentista por el conjunto de sus conocimientos, por su destreza digital y su educación manual puede mejor ejercer con gran ventaja sobre el cirujano general, en el que no coinciden las especiales circunstancias que en aquel.

El Sr. Aguilar logró mantener durante cerca de dos horas el interés y la atención en el auditorio, que al terminar premió con prolongados y repetidos aplausos aquella conferencia en que el disertante demostró los grandes conocimientos que posee en materia de pedagogia dental.

Después, y á modo de epílogo, por medio de proyecciones con la linterna nos enseñó una interesante colección de clichés de los que se sirve en la enseñanza de los alumnos de San Carlos, con diferentes casos patológicos de la boca, piezas anatómicas, vistas de diversas escuelas dentales de América y varios departamentos de las mismas. Grandes aplausos premiaron de nuevo esta interesante parte de la conferencia del Sr. Aguilar.

El Sr. Presidente felicitó y dió las gracias al conferenciante, haciéndole ver el interés conque había sido escuchado y diciendo que con la presencia del Sr. Aguilar á estos actos desaparecía la antigua y egoísta fórmula de «cada uno para sí», admitiéndose en cambio la de «un poquito para todos».

Y se levantó la sesión á las ocho y cuarto.

JUAN DE OTAOLA.

UNION DENTAL ESPAÑOLA

Esta sociedad celebró junta general el día 5 del corriente, con asistencia de buen número de socios.

El Secretario general da lectura á la orden del día y relata los trabajos de la Comisión que fué á la Sociedad Odontológica

También se dió lectura á una carta del Sr. García Caballero. Son admitidos como socios de número los Sres. Fernández Palacios y Boudín.

El Sr. Antón relata los trabajos de la Directiva y Comisión correspondiente para publicar el Boletín mensual y propone á los Sres. Cunnington y Pérez Cano para los cargos de director y redactor-jefe, ofreciéndose él para administrarlo.

Expone el Sr. Pérez Cano su opinión de que los suscriptores abonen una peseta veinticinco céntimos al trimestre sin son socios, y de lo contrario una peseta cincuenta céntimos. Cree además que se debe publicar en cada número la traducción del mejor artículo publicado el mes anterior en el extranjero y propone que no se hagan elogios de nadie y que en la portada no figuren los nombres de los señores que compongan el Consejo de redacción.

Pregunta el Sr. Presidente si se acuerda nombrar ese Consejo y duda el Sr. Cunnington de que haya número suficiente de socios para celebrar una votación de esa naturaleza.

Dice el Sr. Antón, que conviene designar ahora el Consejo, porque es lástima retrasar un mes más la publicación del Boletín.

Propone el Sr. Cunnington un voto de confianza á la Directiva para que, con caracter interino, forme el Consejo de redacción hasta que se voten los cargos en definitiva, anunciando que él no quiere ninguno y así se aprueba.

Se pasa á discutir lo referente á un artículo publicado en *La Moderna Estomatología*. Dice el Sr. Antón, que D. Luís Subirana dirige quejas é insultos á la Unión Dental. Lee el artículo, las rectificaciones y las cartas que sobre el particular ha escrito y recibido el Sr. Subirana.

Debaten extensamente los Sres. Barba, Antón, Pérez Cano, Cunnington y Bernabeu, quedando acordado esperar á que los periódicos profesionales publiquen el artículo, cartas y rectificaciones para tomar otra resolución.

Trátase de la II Exposición Dental, acordándose que el plazo para admitir los trabajos dure del 1.° de Febrero al 30 de Abril y que el Certamen se celebre en la segunda semana de Mayo.

Se aprueba por unanimidad y con grandes muestras de entusiasmo un voto de gracias al Sr. Serrano por el ofrecimiento

que ha hecho de una mesilla de gabinete como premio para la Exposición.

Pregunta un señor socio algo referente á la carta de D. Calixto García Caballero y se abre sesión secreta sobre este punto.

Por mayoría de votos quedó elegido el Jurado para el concurso, siendo del modo siguiente: Presidente, D. Rafael Serrano; Secretarios, D. José Cunnington y D. Manuel Cuzzani. Para la Comisión organizadora fueron designados los Sres. Pérez Cano, Bernabeu y Barba. Se levanta la sesión á la una y media.

COMUNICADO

Con gusto accedemos á lo que nos pide el Presidente de la Unión Dental Española en la siguiente carta:

Sr. Director de LA ODONTOLOGÍA.

Muy señor mío: Ruego á usted tenga la bondad de insertar en su ilustrada Revista las adjuntas cuartillas, rectificación á un artículo de *La Moderna Estomatología* titulado «Para quien sea», pues el Sr. Director de esta Revista se niega á publicarlo.

Es de usted atento y s. s. q. b. s. m.—El Presidente de la Unión Dental Española, *Manuel Antón Savorit.*

«Sr. Director de *La Moderna Estomatología:*

Usando de un derecho indiscutible y garantizado por las leyes vigentes, ruego á usted inserte la adjunta rectificación á su artículo titulado «Para quien sea» inserto en el último número de Octubre en *La Moderna Estomatología.*

Se dice en dicho artículo que una Sociedad dental de esta corte, que no es por cierto la Odontológica, ha nombrado socio corresponsal á un barbero que se dedica por *sport* á la extracción de dientes y á su sustitución artificial sin título que por lo menos acredite su derecho, etc., y después se toma usted la libertad de aconsejar *á esa Sociedad* y á todas las españolas que adjudiquen esos honores, no sólo á quien tenga el título, sino además á quienes ejerzan con moralidad. Luego se ocupa de la Sociedad Odontológica Española hablando de que no sacará nada con su Comisión y su utilísima cartilla repartida en toda españa, etc., echando la culpa de que nada se logre á Sociedades pródigas y poco escrupulosas, y ridiculiza á los que no sienten el sagrado respeto al título profesional, terminando con estas palabras: «Vea, pues, esa Sociedad si ese buen señor es corresponsal de la ciencia que ella difunde, de la ética que predica y del progreso que es su norma».

La Unión Dental Española, que así se llama Sr. Director la *otra* Sociedad de Madrid, no ha tenido el honor de contar entre sus corresponsales oficialmente hasta el día 17 de Noviembre al Sr. D. Ramón Morales, de Murcia, que es el nombre del *caso* que á usted molesta.

na hecha llegar hasta nosotros poco antes que á usted. De modo que cuando usted escribió sus cuartillas y cuando vieron la luz, ni había tal corresponsal nombrado, ni su título de socio ni nada.

Venga, pues, á la realidad y medite, que continúo. Las Sociedades dentales españolas, después de agradecer á usted sus desinteresados consejos, harán lo que tengan por conveniente.

La Unión Dental Española tiene aprobadas por sus socios en Junta general unas bases de constitución y un reglamento que permite el ingreso á todos los profesionales, pensando que puesto que nuestro fin es mejorar la clase en general, sin distingos (esto es ética profesional) buscar la ilustración *de todos* (ciencia pura) y hacer hermanos al que tuvo cincuenta duros para el título y al que estudia y trabaja esperando comprarlo, como tal vez le habrá sucedido á usted, (progreso indiscutible) ha admitido en su seno el día 17 de Noviembre al Sr. D. Ramón Morales, *que no es barbero*, como puede decir todo Murcia, y que se dedica á la Odontología con una moralidad intachable de cuyo ejercicio profesional pueden certificar la Compañía Dental, el Sr. Colina y Jungersen, de Barcelona.

Es más, este señor ha escrito artículos profesionales muy dignos de encomio en el *Correo Odontológico*, y jamás se ha anunciado. Vea, pues, Sr. Director, si es corresponsal de la ciencia, de la ética y del progreso que dice difundimos.

Conste que estas explicaciones debo hacerlas públicas en defensa de un hombre honrado, más completo profesionalmente que algunos zascandiles con título y todo, que no sirven para escribir dos líneas ideando alguna cosa útil, pero que ni aún debieran darlas por lo baladí del asunto, motivado por un ignorante de nuestros estatutos y por el deseo hasta ahora no manifestado en público de perjudicar á la corporación dental que tiene más número de socios en España, pues supongo que no habrá usted escrito sus cuartillas para *hacernos un favor*.

Y si la Sociedad Odontológica Española no logra nada contra el intrusismo después de cinco ó seis años que lleva con el mismo tema, haga usted el favor de no echar el muerto á quienes nada se preocupan de esa cuestión, por estar algunos en el caso que otros se encontraban antes de establecerse y poner elegantes muestras en sus balcones.

Doy á usted muchísimas gracias por la inserción en nombre de la Unión Dental Española, y queda suyo affmo. s. s. q. b. s. m. El Presidente, *Manuel Antón Savorit*.—Madrid 24 Noviembre, 1903.»

A esta rectificación recibí la siguiente contestación firmada por el Sr. Subirana:

«Sr. Presidente de la Unión Dental Española: Muy señor mío: Le acuso recibo de un comunicado de fecha 24 de Noviembre 1903, y aun cuando en él invoca leyes que nosotros no necesitamos que usted mencione para cumplir con nuestro deber, le participo que tanto como usted no se ciña exclusivamente al asunto que pretende rectificar y no explique *primero* á quién van dirigidas ciertas palabras de dudosa educación, y *segundo*, vayan á quien vayan dirigidas no las retire, su comunicado irá á donde tiene que ir todo aquello que no merece ser atendido. B. L. M., *Luis Subirana*.—Madrid 27 Noviembre 1903.»

Mi contestación fué la siguiente:

«Sr. Director de *La Moderna Estomatología:* Muy señor mío. Hoy, 5 de Diciembre, he recibido una carta firmada por usted con fecha 27 de Noviembre próximo pasado en la cual acusa usted recibo de una rectificación enviada por mí á su artículo titulado «Para quien sea», participándome además que mientras no explique á quién van dirigidas ciertas palabras y no las retire no publicará mi rectificación.

ni Sociedad determinada, es natural que yo haga mi rectificación en la misma forma, sin dirigirme á nadie, sino también *para quien sea*, que siempre estoy pronto á responder á todo cuanto firmo.

Creo serán bastantes razones y creo publicará dicha rectificación, pues sino me veré obligado á ponerme en comunicación con las leyes y directores de periódicos profesionales para que me amparen en mi derecho.

Respecto á los otros conceptos contenidos en su carta sólo un profundo desprecio merecen, no mereciendo el honor de que me moleste en contestarlos. B. S. M., *Manuel Antón.*—Madrid 5 Diciembre 1903.»

Como usted supondrá, mi querido Director, creí obtener una contestación á esta carta que no contiene bravatas sino caballerosidad al contestar á la carta del Sr. Subirana, pero cual no sería mi sorpresa al leer el otro día en *La Moderna Estomatología* un suelto que dice así:

«En esta redacción se recibió á últimos de este mes un comunicado »pretendiendo rectificar un artículo que publicamos en el número pasa»sado (pág. 357) titulado «Para quien sea». La rectificación que viene »firmada por el Presidente de la Unión Dental Española, y que en nom»bre de esta Sociedad nos dá las gracias por su publicación, está redacta»da de tal modo, y en particular hay palabras de tan deplorable gusto y »con la pretensión de molestar, que para no poner en ridículo á dicha So»ciedad no la queremos publicar.

»En nuestro artículo á nadie se menciona, ni hay un concepto en el »que se pueda ofender á dicha Sociedad. Tenemos el perfecto derecho de »juzgar los actos de las colectividades y lo hacemos en los términos de »la más extricta cortesía.

»Podíamos coger artículo y comunicado y comentarlos, poniendo en »evidencia á su poco afortunado firmante, pero por sentimientos huma»nitarios preferimos darnos por enterados contestando con la siguiente »carta:

(Aquí la carta que con su firma publicamos más arriba).

»Por si no era bastante el aludido comunicado, nos mandó una carta »amenazando que se pondría «en comunicación con las leyes» y con los »periódicos.

»Bueno, pues, Sr: Presidente, acuda á las leyes y continúe esgrimien»do las mismas armas, que le ponen en ridículo, y veremos si logra que »publiquemos semejante gracioso remitido.

»Por hoy expontáneamente manifestamos que si cayéramos en invo»luntarias equivocaciones, estamos siempre dispuestos á satisfacer á quien »lo merezca y lo pida dentro de los términos de la mútua consideración; »lo contrario de esto es perder el tiempo, no nos place.—L. S.»

Como puede usted suponer no quiero hacer comentarios sobre este artículo, lo dejó á las conciencias honradas de todos los profesionales para que ellos me juzguen con entera libertad y acatando su fallo.—De usted su affmo. s. s. q. b. s. m., *Manuel Antón.*

OTRO COMUNICADO

Sr. Director de LA ODONTOLOGÍA:

Distinguido señor mío: Ruego á usted que publique la adjunta rectificación á una noticia englobada en la reseña de la sesión celebrada por la Sociedad Odontológica Española el pasado 24 de Noviembre; inserta al principio como asunto del despacho de Secretaría y que dice:

«Se lee una comunicación de la Unión Dental adhiriéndose á los acuerdos que se tomen sobre el asunto que se va á discutir, y solicitando ser representada para marchar acordes con la Odontológica Española en dicho asunto.»

Como los dos conceptos son equivocados, será conveniente transcribir el documento que se envió por la Unión Dental, diciendo:

«El Secretario general de la Unión Dental Española, B. L. M. al señor Secretario general de la Sociedad Odontológica Española y le participa que, habiéndose nombrado por nuestra asociación tres representantes que estudiaran la cuestión del extranjerismo y se adhieran á todo lo qne tendiese á dignificar la Odontología patria «se considerarán muy honrados uniéndose á los que ustedes designen» y marchando acordes en asunto de tanta transcendencia.

Rogándole exprese á esa respetable corporación nuestro deseo, *V. Pérez Cano,* ofrece á usted, etc. — Madrid 24 de Noviembre de 1903.»

Aquí no hay adhesión á resoluciones desconocidas antes de celebrarse la junta, ni solicitud de delegar en ustedes (nuestros dignos colegas), la representación que la Unión Dental nos confirió á *tres* de sus socios y que la Odontológica rechazó, según acredita el oficio que sigue:

«Sociedad Odontológica Española. — Montera, 22, bajo, Madrid.— Secretaría.—En contestación á su atento B. L. M. de ayer, le manifiesto que esta Sociedad, enterada del mismo y á proposición de D. Arturo López Alonso, acordó, que no siendo necesario el aumento de *dos* individuos á la Comisión nombrada, ofrecía representar ella misma á la Unión Dental en el asunto que ha de gestionar, dándole las gracias por su interés. —Dios guarde á usted muchos años.—Madrid 25 de Noviembre de 1903. —*Luis Subirana.*—Sr. Secretario general de la Unión Dental Española.»

Como cuando se leyó nuestro comunicado no se había nombrado la Comisión de la Sociedad Odontológica y se pudo (favoreciendo la idea de que se busca el consorcio de las voluntades rechazando la división en banderías), adjuntar con los que se nombraran á esos tres individuos que representaban á cincuenta y tantos compañeros, al fin y al cabo iniciadores del asunto, la Unión Dental Española se vió en en el caso de remitir á dicha Sociedad este oficio:

«Unión Dental Española.—Sección de la Unión Escolar.—La Unión Dental Española tiene el honor de contestar al atento oficio de la Sociedad Odontológica, fecha 25 de Noviembre, manifestando que en la cuestión de los extranjeros iniciada por esta colectividad intervenía una Comisión cuya existencia les fué notificada á S. S.

»Rechazada esta representación, corresponde la Unión Dental Española, por acuerdo de la Junta general del pasado 3 de Diciembre, no admitiendo la que esa Sociedad pretende llevar de ésta en sus gestiones y agradeciendo de todas formas el ofrecimiento.—Dios guarde á usted muchos años.—Madrid 22 de Diciembre de 1903.—El Secretario general, *V. Pérez Cano.*—Sr. Secretario general de la Sociedad Odontológica Española.»

Insisto en mi ruego, señor Director, tanto para rectificar la supradicha noticia, cuanto para poner las cosas en el orden racional que las corresponde, evitando dudas é interpretaciones equivocadas.

Mil gracias y perdone á su afectísimo amigo y servidor, q. b. s. m., *V. Pérez Cano*, Secretario general de la Unión Dental Española.

DE ÚLTIMA HORA

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA BALEAR

A última hora, y después de cerrada ya la sección correspondiente y casi el número, recibimos noticias de la inauguración del curso académico de 1904 de la Sociedad Odontológica Balear, acto efectuado, como en otro lugar decimos, el día 20 del corriente.

Se abrió la sesión presidida por el Presidente del Colegio oficial de Médicos, que tenía á su derecha á los presidentes de los Colegios Médico-Farmacéutico y de Fermacéuticos y Veterinarios, y á su izquierda al de la Odontológica Sr. Casasnovas y al Jefe de Sanidad Militar.

El Secretario Sr. Torres leyó el acta de la anterior y acto seguido el Sr. Casasnovas una excelente Memoria dando cuenta del progreso odontológico en estos últimos tiempos, de los trabajos de la Sección y de la celebración el próximo año en Palma de un Congreso odontológico, primero de la serie que piensa celebrar la Federación Dental Nacional.

Nuestro querido amigo fué muy felicitado por su trabajo y por sus esfuerzos en pro del progreso profesional, leyéndose después varias adhesiones de compañeros de la Península.

Encargado el Dr. Ribas del discurso inaugural, disertó sobre el «Estado presente de las ciencias en España y su porvenir», tratanto singularmente de la influencia que nuestra política y nuestros trastornos han ejercido en perjuicio del progreso científico, y de que ese baño de cultura general llamado bachillerato sea tan deficiente en la actual generación estudiantil por culpa de los constantes cambios que en él se efectúan, con gran perjuicio del alumno que en algunos casos pasa por cuatro ó cinco planes distintos.

El Sr. Ribas, á la terminacióu de su discurso, oyó calurosos aplausos de los concurrentes que salieron sumamente complacidos de la brillantez del acto organizado por el estimable Presidente de la Odontológica Balear Sr. Casasnovas.

PREMIO PARA ESTUDIANTES

fundado por la

ASOCIACIÓN DE LA PRENSA MÉDICA ESPAÑOLA

Dicha Corporación abre concurso sobre el siguiente tema:

«Medios que pueden ponerse en práctica por el Estado, Corporaciones ó particulares, para auxiliar á los estudiantes que no dispongan de medios de fortuna.»

Las Memorias, que estarán escritas en castellano, con caracteres de fácil lectura, sin exceder del texto necesario para 32 páginas de impresión en 4.° y cuerpo 8, deberán remitirse antes del 30 de Abril próximo á la Secretaría general de la Asociación, calle de Mendizábal, 10, primero derecha, de una á tres de la tarde, las que se entreguen á la mano, ó ser dirigidas las de provincias en paquete certificado, á nombre del Secretario D. Angel de Larra.

Dichas Memorias sólo podrán estar redactadas por alumnos, oficiales ó libres, que acreditarán antes de obtener el premio que se hallan matriculados ya en cualquiera de las Facultades de Medicina, de Farmacia, Escuelas de Veterinaria de España, ó en la Sección de la enseñanza de Odontología, existente en la Universidad Central.

Habrá un premio, un accésit y las menciones honoríficas que el Jurado estime oportuno, si encuentra trabajos con méritos suficientes para unos y otras.

El **premio** consistirá en el pago de todas las matrículas de un año (sin exceder de *cuatro* las asignaturas) en cualquier Facultad, Escuela ó grupo de enseñanza enumerados, excluyendo las del doctorado.

El **accésit** consistirá, á su vez, en el pago de los derechos correspondientes á dos asignaturas, también del período de la licenciatura ó su equivalente.

En la segunda quincena de Mayo del dicho año de 1904 se harán públicos los lemas de los trabajos premiados, á fin de que los alumnos autores de éstos indiquen las asignaturas que eligen para el objeto expresado.

El reparto de los diplomas correspondientes coincidirá con la apertura del curso de 1904-1905.

REGLA GENERAL

Todos los trabajos que se presenten al concurso se remitirán donde queda indicado, no debiendo sus autores firmarlos, rubricarlos, ni escribirlos con su propia letra, encabezándolos con un lema para distinguirlos. En pliego cerrado, lacrado y sellado, que remitirán adjunto, manifestarán su nombre, residencia y carrera que estudian, escribiendo únicamente en el sobre de aquél el mismo lema que figure al frente de la Memoria.

Los pliegos de las Memorias no premiadas se inutilizarán en la primera sesión que celebre la Junta directiva después de hacerse públicos los nombres de los elegidos.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la Asociación, y no podrán ser publicadas por sus autores sin autorización de la misma. Si se acordara la impresión, se entregarán 100 ejemplares al autor.

Ninguna Memoria podrá retirarse del concurso.

Madrid 20 de Octubre de 1903.

El Presidente,
F. MARÍN Y SANCHO.

El Secretario general,
ANGEL DE LARRA Y CEREZO.

BIBLIOGRAFÍA

Patología de los dientes y de la boca, por el Dr. Frey, profesor de la Escuela Dental de París y dentista de los hospitales, y G. Lemerle.—Segunda edición. Un volumen de 280 páginas con 35 grabados, 3 francos. (Librería J. B. Bailliére é hijos, 19, rue Hautefeuille, París.)

Estando necesitado el estudiante de un libro que le tuviera al corriente de las nuevas teorías y recientes doctrinas que han transformado en estos últimos años la patología de la boca y de los dientes, el Dr. Frey ha procurado atender á este fin.

La *caries*, con su etiología y sus complicaciones, ocupa una buena parte de este libro, en el que su autor se extiende largamente sobre los *accidentes de la primera dentición* y sobre la *poliartritis alveolo-dentaria.*

En el importante capítulo de las *anomalías* se ha inspirado en los trabajos de Magitot y de Dubois; las *gingivitis* las ha comprendido entre las *estomatitis*, presentando una unidad patológica, por decirlo así, que dá mayor claridad para el alumno.

Ocúpase también con gran extensión de ese estado especial del organismo intoxicado por el fósforo, que Magitot ha descripto bajo el nombre de *fosforismo.*

Termina por un capítulo sobre el *tic doloroso de la cara*, cuestión actualmente á la orden del día, después de las interesantes comunicaciones del Dr. Jarre.

En la segunda edición se ha insistido más largamente sobre el *artritismo* y sus manifestaciones dentarias (piorrea y erosiones químicas). Las complicaciones del cuarto grado de caries y lo referente á las *sinusitis* ha sido nuevamente estudiado. Igualmente los traumatismos de los dientes son objeto de un nuevo capítulo en tan interesante obra.

***

La Cirugía menor.—Hemos recibido el primer número de esta nueva revista que ha comenzado á publicarse en Barcelona, dedicada, como su nombre indica, á los que ejercen esa rama de la medicina. Dicho número contiene trabajos muy estimables, y como secretario de redacción figura nuestro estimado compañero de Barcelona don J Cirach. Sea bien venida.

RECETAS Y CONSEJOS

Cloropercha.—Al hacer la disolución, después de haber adicionado el cloroformo, agítese y añádase eucaliptol hasta que se ponga cremosa y déjese destapado el frasco hasta que se evapore el cloroformo. Se obtiene así una disolución, que caso de sobrepasar el foramen apical causará menos irritación que causaría el cloroformo.—(Dr. C. S. Cæsar. *Review*)

Para quitar el olor del iodoformo.—El olor del iodoformo puede quitarse de las manos lavándolas con una ligera disolución de ácido tánico, frotándolas con cloroformo, bañándolas en vinagre ó con agua de semilla de linaza. Es medicamento que debe usarse lo menos posible por su exagerado y desagradable olor.—*(Dental Office)*.

Limpieza de los tubos de cristal para la saliva.— Cuando un tubo de cristal de los eyectores de saliva se empaña por cualquier causa pónganse en él algunas gotas de ácido, el cual disolverá la materia sólida que motiva tal empañamiento.—*(Revista Dental)*.

Matriz para incrustaciones.—Se obtiene muy buena del modo siguiente: Póngase la hoja de platino en la cavidad, cójase una tirita de película de las que se usan para fotografía quitando la capa emulsionada y póngase alrededor del diente sobre la matriz de platino. Entonces por encima de la película se bruñe la matriz en la cavidad, y como la película es transparente permite ver perfectamente el trabajo y al mismo tiempo la matriz en su sitio.—*(Dental Summary)*.

No debe condensarse el oro sobre gutapercha.—En casi imposible creer que se pueda condensar el oro sobre una substancia elástica como la gutapercha, por cuya razón las orificaciones sobre base de gutapercha deben condenarse porque tendrán que resultar siempre defectuosas.—(HUNGERFORD, *Dental Era*).

Carencia de poder recuperativo en los dientes.—Los dientes son los tejidos más duros del cuerpo; son destinados para la masticación, para la más clara fonación y para dar expresión y hermosura á la cara, y sin embargo son los tejidos del cuerpo humano más propensos á enfermedades. En todos existe el poder recuperativo mientras que un diente atacado de caries no puede contrarrestarse ni detenerse su invasión sin la intervención del dentista. La naturaleza cicatrizará una herida, pero no arreglará un diente cariado.—(T. W. BROPHY, *Dental Review*).

Aplicación terapéutica de la adrenalina.—Empieza á ser muy admitida la opinión de que la adrenalina es uno de los remedios más eficaces para el tratamiento de los síncopes motivados por la administración del cloroformo. Para esto se administra en inyecciones intravenosas en una dosis de tres á cinco gotas de una disolución del cloruro al 1 por 1000.—*(Therapeutic Gazette)*.

Tratamiento abortivo de los flemones.—Gallois aconseja para este caso pintar el flemón con una solución concentrada de iodo en acetona. Su empleo en un flemón es seguido por la formación de una escara, bajo la cual la inflamación cede. La disolución debe guardarse durante algunas semanas antes de usarla.—*(Ciclopedia of practical medicine)*.

Para insensibilizar la dentina.—Con frecuencia sabemos de alguna nueva fórmula insensibilizadora para la excavación sin dolor de la dentina. Hoy damos esta sencillísima combinación de medicamentos. Disuélvanse juntamente en un tubo de ensayos partes iguales de mentol é

hidroclorato de cocaína y añádase una cantidad igual de ácido carbólico líquido. Consérvese en un frasco de color, bien tapado.

Antes de aplicar esta disolución á la cavidad debe lavarse con cualquier solución alcalina templada para neutralizar cualquier ácido, y secarse luego bien con alcohol y aire caliente. Esta mixtura es de resultados positivos también para disminuir el dolor al arrancar los depósitos calcáreos de las raíces en el tratamiento de la piorrea alveolar.—(*Dental Era*).

Contra la estomatitis aftosa.—Tres veces al día tocar las ulceraciones con un algodón impregnado en el colutorio siguiente:

Clorhidrato de cocaína.....	10 centigramos
Borax.....	2 gramos.
Miel rosada..... } Agua de azahar..... }	a. a. 20 gramos.

Régimen lácteo. En la leche hervida uua cucharada de las de sopa, bien de agua de Vichy, bien de agua de cal por cada media taza.—(*Revista de Especialidades Médicas*).

Contra el muguet.—Vigilar la higiene de la boca, sobre todo en los estados caquécticos Hacer enjuagar frecuentemente la boca con el agua alcalina de Vals. Pincelar la boca cada dos horas con:

Borax.....	4 gramos.
Jarabe de catecú..... } Agua de menta. ..... }	a. a. 30 gramos.

—(*Revista de Especialidades Médicas*).

Disolución normal de sal.—Se entiende por disolución normal de sal, una disolución de seis partes de cloruro de sodio en mil de agua. Es muy conveniente para diluir la adrenalina, que tantas aplicaciones va teniendo en odontología y también para hacer lo mismo con la cocaína y otros medicamentos.—(*Dental Office*).

Alcohol absoluto.—El alcohol absoluto para la dentina careada y sensitiva y para secar cavidades, puede prepararse muy fácilmente añadiendo una parte de carbonato de potasio á cuatro partes de alcohol corriente. Debido á la gran afinidad que el carbonato de potasio tiene con el agua absorbiendo gran cantidad de la misma, queda el alcohol suficientemente puro para estos usos.

Procedimiento para quitar la cera de los revestimientos.—Úsese una jeringa ordinaria de agua en vez de verterla con una vasija.—(*Dental Cosmos*).

HOJAS SUELTAS

Las actas del último Congreso.—Las Cortes, antes de suspender sus

tas destinado á la publicación de las Actas del XIV Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid en Abril del año último.

Dichas Actas constituirán 16 volúmenes, uno por cada sección. Dentro de poco aparecerá en la *Gaceta de Madrid* el anuncio convocando á un concurso para la impresión de las mencionadas Actas, siendo una de las condiciones que se exijen, el que la publicación esté terminada antes del 15 de Diciembre de 1904. Por lo tanto, tenemos ya la seguridad de que dentro del corriente año podrá repartirse tan importante trabajo.

Los señores Congresistas recibirán gratuitamente, además del tomo general del Congreso, el correspondiente á la sección en que estuvieron inscriptos. Los que deseen recibir el volumen por duplicado ó algún tomo correspondiente á cualquiera otra de las secciones, abonarán por cada ejemplar cinco pesetas.

Escuela dental de París.—El mes pasado tuvo lugar en este importante centro, la fiesta anual de la distribución de premios á sus alumnos bajo la presidencia del Decano de la Facultad de Medicina de París Mr. Debove y de Mr. Mesurer, director da la Asistencia pública.

El director de la escuela, Mr. Godón, pronunció un elocuente discurso haciendo resaltar la parte filantrópica que juega la institución por su dispensario, y mostrando los excelentes resultados obtenidos por dicha escuela.

El director adjunto, Mr. Martinier, señaló las modificaciones introducidas en la enseñanza de la escuela durante el último curso y las que estaban en vías de realización, y el Decano de la Facultad de Medicina pronunció otro discurso rindiendo un justo homenaje á los esfuerzos hechos por la Sociedad y á los resultados por ella obtenidos.

Acto seguido se verificó el reparto de recompensas, objeto de esta reunión, que terminó por una agradable *soirée* artística.

Clínica dental en un asilo.—Debido á la iniciativa y á las gestiones llevadas á cabo por nuestro apreciable compañero de Torrelavega señor Ruiz Noval, se ha establecido en el asilo de aquella ciudad una Clínica de odontología bajo la dirección de dicho señor.

En ella se presta asistencia á los pobres los lunes, miércoles y viernes, acudiendo á la curación de todas las enfermedades de la boca y teniendo el Sr. Ruíz Noval la intención de practicar también la prótesis cuando los recursos lo permitan.

El instrumental ha sido proporcionado por la Compañía Dental Española, quien en atención al fin benéfico de la institución ha hecho un importante descuento.

Muy de estimar es la decisión de la Junta de dicho asilo, donde en adelante encontrarán los pobres asistencia dental gratuíta eficazmente prestada por el iniciador de tan laudable idea con desinterés y entusiasmos muy dignos de ser imitados.

Nueva Junta directiva.—En sesión celebrada el próximo pasado Diciembre, fué elegida la nueva Junta directiva del Círculo Odontológico

de Cataluña. La componen los señores: Plet, presidente; Alonso, secretario; Alcaraz, tesorero, y Carol y Cirach, vocales.

Producción del caucho.—Según leemos en un periódico brasileño, en la última temporada ha ascendido la producción del caucho á 5.867.997 kilogramos, no obstante lo cual presenta una notable disminución con relación á la producción del año anterior.

Nombramiento.—Ha sido nombrado dentista de la Compañía del ferrocarril de Valencia, Teruel y Calatayud, nuestro querido amigo y reputado compañero de Valencia Sr. Nájera.

Nuestra enhorabuena.

Señal de los tiempos.—Lo es indudablemente el hecho de que un periódico tan leído como *A B C*, y un almanaque como el de Bailli-Bailliére hayan publicado recientemente dos trabajos distintos sobre higiene bucal y enfermedades de los órganos dentarios, dando sanos y prudentes consejos al público y haciéndole ver la necesidad de nuestros servicios profesionales para evitar el progreso de enfermedades de tan graves resultados muchas veces.

Es muy de estimar que publicaciones de esta clase que todo el mundo lee se ocupen de desterrar ignorancias que aún subsisten, abriendo los ojos de quienes aún toman los cuidados de la boca como artículo de lujo.

La odontología en Buenos Aires.—Según vemos en *La Semana Médica* de dicho país, el número de estudiantes de odontología matriculados en el corriente curso en su Facultad de Ciencias Médicas asciende á 72, distribuídos en la forma siguiente:

Primer año: regulares, 39; libres, 1.—Total, 40.

Segundo año; regulares, 30; libres, 2.—Total, 32.

Escuela odontotécnica de París.—La Asociación de la Escuela Odontotécnica de París ha dado recientemente su banquete anual. Al lado del presidente M. Ducourneau y del director Dr. Queudot, se encontraban los representantes de los ministros de Instrucción pública y de Comercio y todos los profesores de esta institución. Se pronunciaron elocuentes brindis encomiando los progresos y utilidad de la Asociación y reinó la más cordial armonía.

Congreso dental italiano.—El tercer Congreso dental nacional italiano tendrá lugar en Mayo del corriente año en Florencia, en virtud de la decisión tomada el 31 de Mayo de 1902 por la Asamblea general del segundo Congreso.

Un Comité de organización presidido por M. Carlo Dusin se ocupa de la organización de este Congreso.

Curiosa felicitación.—Sin duda alguna con retraso, por pertenecer á las pasadas pascuas y más bien al día de inocentes, hemos recibido hace pocos días una tarjeta que dice así: *El Presidente de la Sección Odontológica de Villanueva se ofrece á usted, le invita y felicita*

Agradecemos mucho la felicitación y envidiamos el excelente humor del nuevo presidente.

Nuevo sucesor.—Se ha encargado del gabinete del difunto Dr. Heddy el Dr. Benet, que ejercía en Santander.

Estadística demográfica.—Según el avance hecho por el Ayuntamiento de Madrid, durante el año de 1903 ha habido en esta Corte 16.125 nacimientos y 15.848 defunciones.

Durante el año han fallecido 3.264 personas menores de un año; 2.870 de uno á cuatro años; 1.094 de cinco á diez y nueve años; 2.203 de veinte á treinta y nueve; 2.924 de cuarenta á cincuenta y nueve; 3.463 de sesenta en adelante.

Durante el año de 1903 han muerto en Madrid 1.437 personas más que en 1902.

Las causas de muerte han sido: 1.442 de bronconeumonía y neumonía; 1.366 de tuberculosis; 1.180 de bronquitis aguda; 1.001 de meningitis. De viruela han fallecido 773; de sarampión 487; de gripe 528; de enfermedades del corazón 814; de tifoidea 222; de senectud 212 y por suicidio 55.

Las doctoras.—En la actualidad el número de mujeres médicas se eleva á 8.000. Sólo en América hay más de 6.000. En Rusia ejercen la medicina 700 doctoras; en Inglaterra, 400; en Francia, 85, y en Italia, 20. En los hospitales de la India predomina en el personal médico el elemento femenino.

Regreso.—Ha regresado de su reciente excursión á Gibraltar, que ha durado próximamente un mes, nuestro querido amigo D. Luis Subirana.

Matrimonio.—Lo ha contraído en Montevideo D.ª Iride Casullo, hija de nuestro estimado amigo y compañero D. Francisco, con D. Esteban Peluffo. Mil felicidades deseamos á los nuevos cónyuges.

Defunción. — Tenemos el sentimiento de participar á nuestros lectores el fallecimiento de una preciosa niña de corta edad hija de nuestro querido compañero D. José Cunnington, acaecida recientemente.

Acompañamos muy sinceramente á nuestro amigo en su justo dolor.

Exceso de original.—No obstante haber aumentado el tamaño de las páginas de nuestra Revista, produciendo tal reforma próximamente el aumento de cuatro de aquéllas con relación al tamaño antiguo, el exceso de original de urgencia nos ha obligado en el presente número á añadir un pliego más, ó sean ocho páginas sobre el volumen corriente.

LA ODONTOLOGIA

Año XIII | Febrero 1904 | Número 2.

ENSEÑANZA PRÁCTICA DE LA ANATOMÍA
EN LAS ESCUELAS DENTALES

por el Dr. M. H. Cryer (Filadelfia). (1)

La Odontología se la considera hoy como una profesión completamente independiente y su práctica se especializa cada dia más. Por consiguiente, al tratar de dirigir su trabajo educativo separado de la Medicina y Cirugía general, la cuestión que desde luego se suscita, es la siguiente: ¿Qué conocimientos debe adquirir el estudiante para poder ejercer su profesión de una manera práctica, hábil y científica? Se ha aceptado generalmente que entre estos estudios fundamentales debe conocer la anatomía; ahora bien, la parte de anatomía general del cuerpo humano que deba enseñarse al dentista, es cuestión que debe considerarse según sus necesidades como práctico.

En mi opinión, el estudiante debe tener un conocimiento general de la estructura del cuerpo humano, y basándose en esto, estudiar la anatomía práctica y quirúrgica de la región bucal y sus partes asociadas.

Este conocimiento de la anatomía general es indispensable al estudiante si quiere conocer perfectamente las funciones de nutrición que sostienen y dirigen las partes especiales del organismo, á las que pretende dedicar su tiempo y su inteligencia.

El campo del estomatólogo está, como es natural, en la boca y en sus partes asociadas; por lo tanto, esa cavidad con todas sus relaciones anatómicas, sus funciones fisiológicas é influencias, debe conocerse perfectamente. La boca y sus fluídos son el índice de muchas de las enfermedades del cuerpo humano; de aquí que deba estudiarse de una manera profunda esta entrada del organismo, como asimismo su continuación, ó sea el tubo digestivo por donde todo el sistema recibe el alimento.

(1) Comunicación presentada á la Sección de Odontología del XIV Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid.

El principio del aparato respiratorio se relaciona también directamente con la cavidad bucal, y con frecuencia lo sustituye la cavidad nasal. Por lo tanto, el estudiante de Cirugía dental debe conocer perfectamente el aparato respiratorio, incluso los pulmones.

El sistema general circulatorio debe conocerlo también perfectamente, haciendo un estudio especial del corazón y de los vasos que afluyen á la cara y la cabeza.

También debe estudiar la anatomía general del cerebro y de la espina dorsal, dando especial preferencia á los nervios craneales, como asimismo hacer un estudio minucioso de las relaciones de la boca con el cuello, la fosa nasal y los senos y células asociadas. Por último, es indispensable que estudie la anatomía y las funciones, ya normales ó anormales de las varias glándulas de la boca y el cuello y las asociadas á la faringe.

Aceptando que la anatomía debe enseñarse á los estudiantes de estomatología, la cuestión que desde luego se suscita es la siguiente: ¿Cuáles serán los mejores métodos para realizar este trabajo?

La enseñanza preliminar de la anatomía general, deben darla personas que conozcan perfectamente esa rama especial.

Una vez que el estudiante haya adquirido el conocimiento preliminar, ya estará en condiciones de poder dedicarse al estudio especial de la cavidad bucal y sus partes asociadas. Esta anatomía aplicada deben enseñarla especialistas en esa materia, que sean suficientemente competentes para inculcar en el ánimo del alumno la importancia de la anatomía en relación con su trabajo como estomatólogo.

Otra de las cuestiones más importantes á considerar, es la de cómo debe enseñarse esta anatomía especial.

Téngase siempre presente como proposición general, que hay algo más en la enseñanza que la que simplemente se dá en una clase ó por medio de libros de texto.

De aquí, que el deber del maestro es presentar de tal modo la enseñanza al estudiante que la comprenda perfectamente, pues como sabemos, el alumno debe recibir la instrucción y el maestro comunicársela, condiciones indispensables que constituyen, por decirlo así, en el verdadero sentido de la palabra, la esencia y el objeto de la enseñanza. Por lo tanto, cualquier mé-

¿Puede conseguirse este fin por medio de los libros ó de los grabados que tan frecuentemente se emplean en las clases, como por el contacto inmediato con el sujeto que sólo puede obtenerse en las salas de disección?

Los libros de texto y los métodos de disección, sirven únicamente para los anatómicos puramente descriptivos, pero de ningún modo al cirujano, pues no llena sus fines.

Cuando el cirujano opera, debe saber lo que hay debajo de su bisturí, su fresa ó su sierra, y poder reconocer los diversos tejidos según los va descubriendo.

Al tiempo de la operación debe reconocer la estructura sobre la que está operando, sin necesidad de buscar, como lo hace el disector de los cadáveres, el origen y la inserción de los músculos.

Debe conocer profundamente la anatomía de la región comprendida en el área de la operación.

Los métodos que adoptan en las salas de disección los anatómicos descriptivos, son laboriosos é imponen gran cantidad de tecnicismo.

A mi juicio, opino que si es preciso debe obligarse á los alumnos de cirugía dental á hacer esas minuciosas disecciones de todo, ó por lo menos de la mayor parte del cuerpo humano.

El método alcanza tal grado de extensión, que más bien parece que el alumno estudia disección que anatomía, hasta el punto de que he conocido algunos que á pesar de haber trabajado durante muchos años, sabían muy poco de anatomía práctica aplicada.

A veces el estudiante hace una disección muy buena de un brazo ó de una pierna, y sin embargo se ve obligado á preguntar á un demostrador lo que ha descubierto.

¿Por qué razón no han de hacer la disección de los cuerpos hábiles anatómicos, explicando el profesor cada una de las partes al estudiante hasta que éste las conozca tan bien que á su vez las explique al profesor? Es innegable que la disección da al estudiante habilidad técnica. Esto, sobre todo, interesa más á los estudiantes de medicina que á los de cirugía dental, pues su habilidad técnica la desarrollan por otros medios más útiles y prácticos.

En los cursos de medicina y cirugía dental, ninguna asignatura se descuida tanto como la anatomía. Creo que se debe

esto, sobre todo, á que no se enseña por un método bueno. En primer lugar, debe demostrarse al estudiante de la manera más interesante posible lo útil y necesario que le será este estudio para poder después ejercer su profesión de un modo hábil é inteligente.

Desde hace diez años he ensayado varios métodos para enseñar la anatomía, y de todos creo que el mejor es hacer secciones de la cabeza en distintas direcciones, después fotografiarlas y por último hacer con ellas proyecciones con la linterna.

Observo que los alumnos se interesan mucho más en las conferencias cuando las fotografías de estas secciones se presentan por medio de proyecciones, que cuando las tienen en la mano ó las colocan sobre la mesa.

Todos no pueden ver las preparaciones, y en cambio los cuadros sí, transportándose el conocimiento al cerebro por dos medios: la vista y el oído, y ambos simultáneamente.

Supone una inmensa ventaja que el alumno se interese tanto desde el principio, puesto que le pone en condiciones receptivas.

Una vez que el cuadro le ha impresionado mentalmente, puede comparar y ampliar la descripción verbal, discutiendo con sus compañeros los puntos ilustrados y corrigiendo y aclarando de este modo las impresiones que no estén bien definidas.

El maestro, ademas, inspirado por el evidente interés del estudiante, presentará el estudio de la mejor manera posible.

Una de las grandes ventajas de este método, consiste en que el maestro puede explicar de una manera clara y definida todos los puntos de la lección simultáneamente á todos los alumnos.

Muchas de las secciones de la cabeza utilizadas por mí en este método de enseñanza, se cortaron cuando el cadáver estaba parcialmente seco.

Tales secciones responden bien á nuestro objetivo, especialmente en las partes asociadas con el seno neumático. Pero esos ejemplos secos tienen un defecto grande. Los tejidos blandos se han encogido y no representan el verdadero contorno que tenían en vida. Por lo tanto deben emplearse otros procedimientos. El que puedo recomendar como usado por los mejores anatómicos, es el siguiente:

Los sujetos que han de emplearse para estos trabajos, no deben haber perdido por enfermedad los caracteres anatómicos;

han de prepararse tan pronto como sea posible después de muertos, primero con una inyección de formalina para enderezar los tejidos blandos, inyectando luego una crema de escayola. Se cubre después el cuerpo con una capa de vaselina, y envuelto en paños se coloca en un refrigerador á una temperatura de siete grados bajo cero. Cuando está completamente helado, puede procederse al corte. La sierra que se emplee ha de ser delgada y de una hoja ancha con dientes pequeños.

Por este procedimiento, los huesos más finos pueden cortarse sin fractura y hasta los tejidos blandos del cerebro sin hacerles perder su colocación.

Los grabados que acompañan á este artículo, presentan ejemplos de cortes hechos por ambos métodos, es decir, de cadáveres secos ó congelados. Esos grabados, con otros muchos, han sido utilizados en proyecciones con la linterna mágica para ilustrar las conferencias dadas á los estudiantes de una de las Escuelas dentales de los Estados Unidos.

***

Para que pueda verse el contraste entre la exactitud y claridad de las *fotografías* de secciones y cortes, y la de los dibujos que usualmente se emplean, reproduzco aquí un grabado de uno de los libros de texto americanos sobre «Enfermedades de la nariz y garganta» (fig. 1). Quiere representar una anatomía idealizada de la nariz, boca y garganta; puede clasificarse de anatomía típica, pero los que están familiarizados con la anatomía interna de esas partes, reconocerán enseguida que la forma general de esas líneas no es exacta. Las operaciones quirúrgicas serían mucho más sencillas si las partes fuesen siempre como están ahí representadas. Comenzando con los turbinados, se vé que los bordes inferiores son demasiado rectos y sus superficies demasiado iguales. La vista general de los extremos posteriores de los turbinados se vé demasiado bien desde la faringe. La trompa de Eustaquio está también demasiado expuesta á la vista; el espacio entre el paladar blando y la pared posterior de la faringe es demasiado grande, aunque la boca estuviese mucho más abierta. La lengua está muy plana y hay demasiado espacio cerca de la entrada de la faringe.

El grabado siguiente (fig. 2) es una fotografía de un corte sa-

gital hecho en un cadáver congelado por el procedimiento ya descripto. Hay considerable diferencia entre este dibujo de lo real y el posterior de lo ideal, aunque en el primero se representa la boca abierta, mientras que en el segundo está cerrada y esto altere las relaciones de la lengua con el cielo de la boca y con la pared faríngea posterior. En la fig. 2 se aprecia una sección

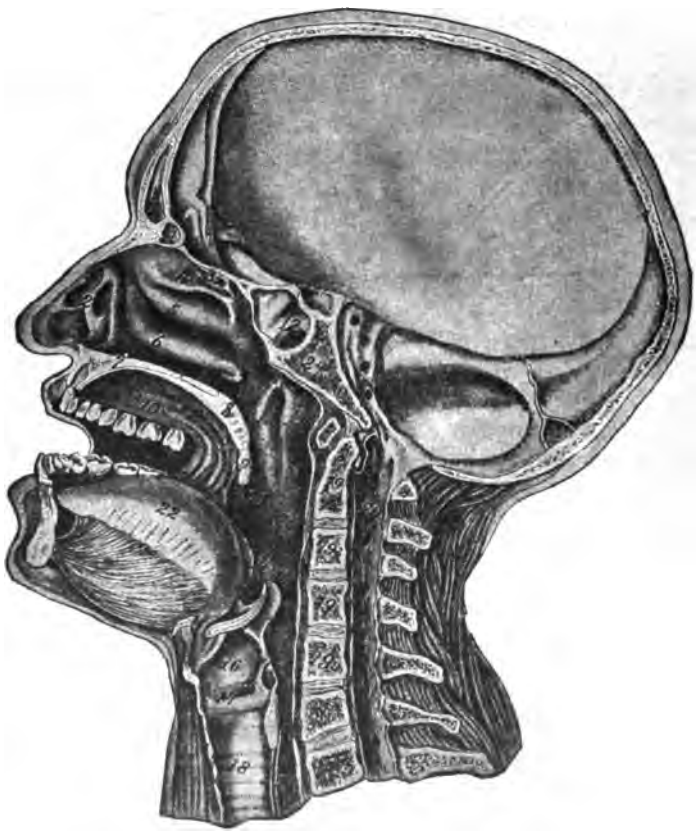
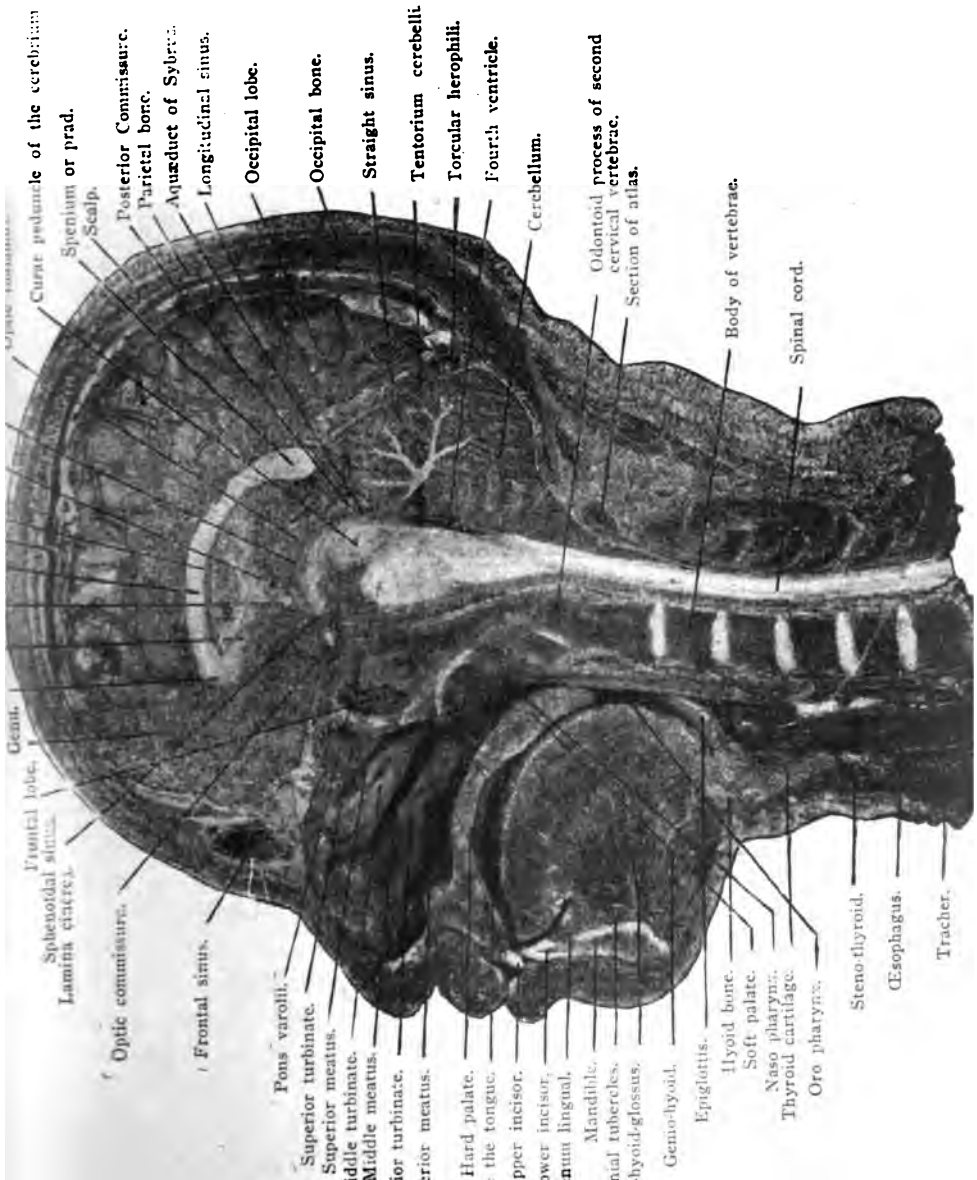


Fig. 1.

sagital de las diversas estructuras del cerebro. Los turbinados están bien descubiertos. Al describir el suelo de la nariz tal cual aquí se representa, diriamos que se extiende de la nariz anterior hacia atrás y ligeramente hacia abajo. Esto es contrario á la generalidad de las enseñanzas, pero es la anatomía verdad en la gran mayoría de casos. La parte posterior del espacio naso-


Genu.
Frontal lobe.
Sphenoidal sinus.
Lamina cinerea.
Optic commissure.
Frontal sinus.
Pons varolii.
Superior turbinate.
Superior meatus.
Middle turbinate.
Middle meatus.
Inferior turbinate.
Inferior meatus.
Hard palate.
Air space above the tongue.
Upper incisor.
Lower incisor.
Fraenum lingual.
Mandible.
Genial tubercles.
Genio-hyoid-glossus.
Genio-hyoid.
Epiglottis.
Hyoid bone.
Soft palate.
Naso pharynx.
Thyroid cartilage.
Oro pharynx.
Steno-thyroid.
Œsophagus.
Trachea.
Curve peduncle of the cerebrum
Spenium or prad.
Scalp.
Posterior Commissure.
Parietal bone.
Aquaeduct of Sylvius.
Longitudinal sinus.
Occipital lobe.
Occipital bone.
Straight sinus.
Tentorium cerebelli.
Torcular herophili.
Fourth ventricle.
Cerebellum.
Odontoid process of second cervical vertebrae.
Section of atlas.
Body of vertebrae.
Spinal cord.

faríngeo, se dice generalmente que es «el extremo superior del tubo digestivo» lo cual es un error, pues el naso-faríngeo no tiene nada que ver con la alimentación.

La forma general de la boca en la línea media está bien indicada. Los paladares blando y duro deben describirse como extendiéndose desde los dientes anteriores y ligeramente inclinados en línea cóncava próximos á la pared post-faríngea, dejando solamente el espacio estrecho que aquí está indicado.

En el estado normal del ser vivo, cuando la boca está cerrada, el paladar blando, el borde posterior de la lengua y la epiglotis están muy próximas á la pared post-faríngea. El paladar blando en su superficie nasal es más alto en la línea central que en los bordes, forma que hace que los fluídos de la nariz y de sus senos y celdas accesorias se dirijan hacia la pared exterior de la faringe y hacia el exófago. La base de la lengua actúa de una manera semejante en la cavidad bucal.

La epiglotis está formada de modo que arroje los fluídos al lado de la faringe, más allá de la abertura de la laringe. No es tal como algunos la describen, cerrando como una trampa sobre la glotis para evitar de este modo que penetren los fluídos.

El grabado núm. 3 está hecho de una sección horizontal cortada al nivel de la unión del labio superior y la nariz y mostrando una sección longitudinal del septum nasal, los bordes de los turbinados inferiores y el seno maxilar.

Dentro de la pared externa de la cavidad nasal, se aprecia una sección longitudinal de la trompa de Eustaquio, y posterior á ésta están los senos de Rosenmüller, por los cuales puede efectuarse la respiración sin cuidarse de la posición del paladar blando ó de la lengua. En el grabado núm. 2 está bien representada una sección sagital de la lengua, que ocupa el espacio que hay desde los dientes anteriores hacia atrás, hasta la pared post-faríngea y desde el fondo de la boca hasta casi el paladar.

Ocupa casi completamente el espacio, que es totalmente diferente en cuanto á la forma al indicado en el primer grabado y á la idea general dada en los libros de texto.

Comprendo que el profesor Dondre diga, hablando del espacio que queda entre el paladar y la lengua, que actúa de un modo semejante á la cámara de vacío de las dentaduras superiores artificiales. Cuando se gasta el aire por la acción que ejerce la lengua se forma un vacío parcial, es decir, que cuan-

do se expele el aire por la acción de la lengua, se obtiene un vacío parcial.

Los músculos genioideos y genioglosos, están muy bien representados partiendo de su punto de origen.

Las estructuras que forman el fondo de la boca están indicadas.

En la base de la lengua se ve la epiglotis, que pasa hacia arriba y hacia atrás hasta que su borde superior se pone en contacto con la pared post-faríngea.

La superficie superior ó bucal de la epiglotis está divida en dos partes. La parte inferior ó base que arroja los fluídos fuera es convexa, mientras que por el contrario la parte superior es cóncava.

La superficie inferior ó laríngea de la epiglotis, está también dividida en dos partes.

La parte inferior ó base es cóncava, mientras que la parte superior es convexa y se forma al ponerse en contacto con la pared post-faríngea, Más abajo de la epiglotis está la laringe.

El grabado núm. 4 representa una sección bilateral transversal de la cabeza vista por detrás; está cortada verticalmente á través del centro de la órbita, las cámaras nasales, los senos maxilares y los primeros molares de ambas mandíbulas. Da cabal idea de la forma general de las distintas cavidades y de las relaciones que entre ellas existen. El corte está dado en una cabeza congelada y los tejidos blandos están en un estado casi normal. En este individuo particular, los senos frontales son muy grandes y se extienden perfectamente entre las órbitas. El seno frontal izquierdo comunica directamente con el seno maxilar del mismo lado.

Un alambre fino indica el canal de comunicación, que va desde el fondo del seno frontal al infundibulum; después comunica con el hiato semilunático y por el ostium maxilar al seno maxilar.

También se observa que el suelo de los senos maxilares están á un nivel más bajo que las fosas nasales.

Hay también en el septum un engrosamiento y una deformidad en el turbinado inferior opuesto. Otro punto interesante y bastante común son las celdas que hay dentro del turbinado medio izquierdo.

En el estado normal del ser vivo, cuando la boca está cerra-

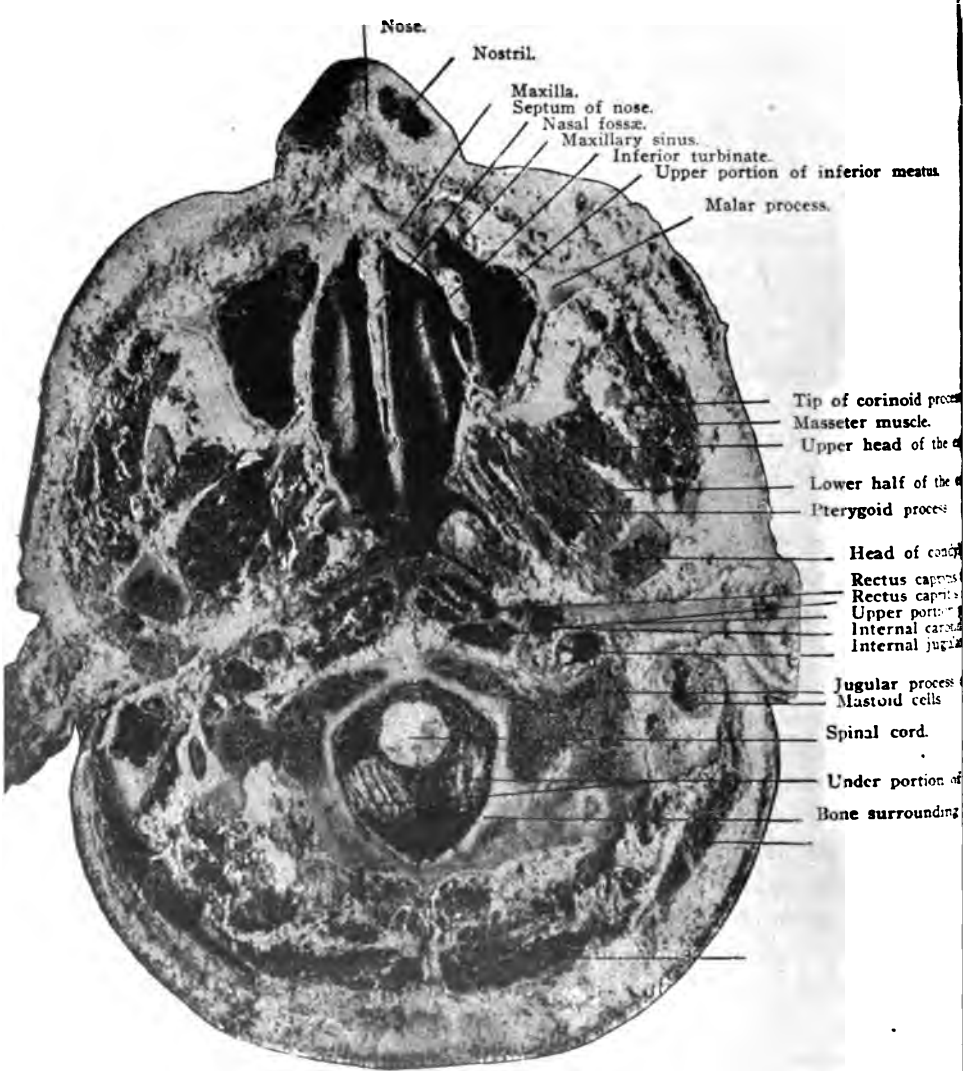

Nose.
Nostril.
Maxilla.
Septum of nose.
Nasal fossæ.
Maxillary sinus.
Inferior turbinate.
Upper portion of inferior meatus.
Malar process.
Tip of corinoid proces
Masseter muscle.
Upper head of the
Lower half of the
Pterygoid process
Head of condy
Rectus capitis
Rectus capitis
Upper portion
Internal carotid
Internal jugular
Jugular process
Mastoid cells
Spinal cord.
Under portion of
Bone surrounding

Fig. 3.

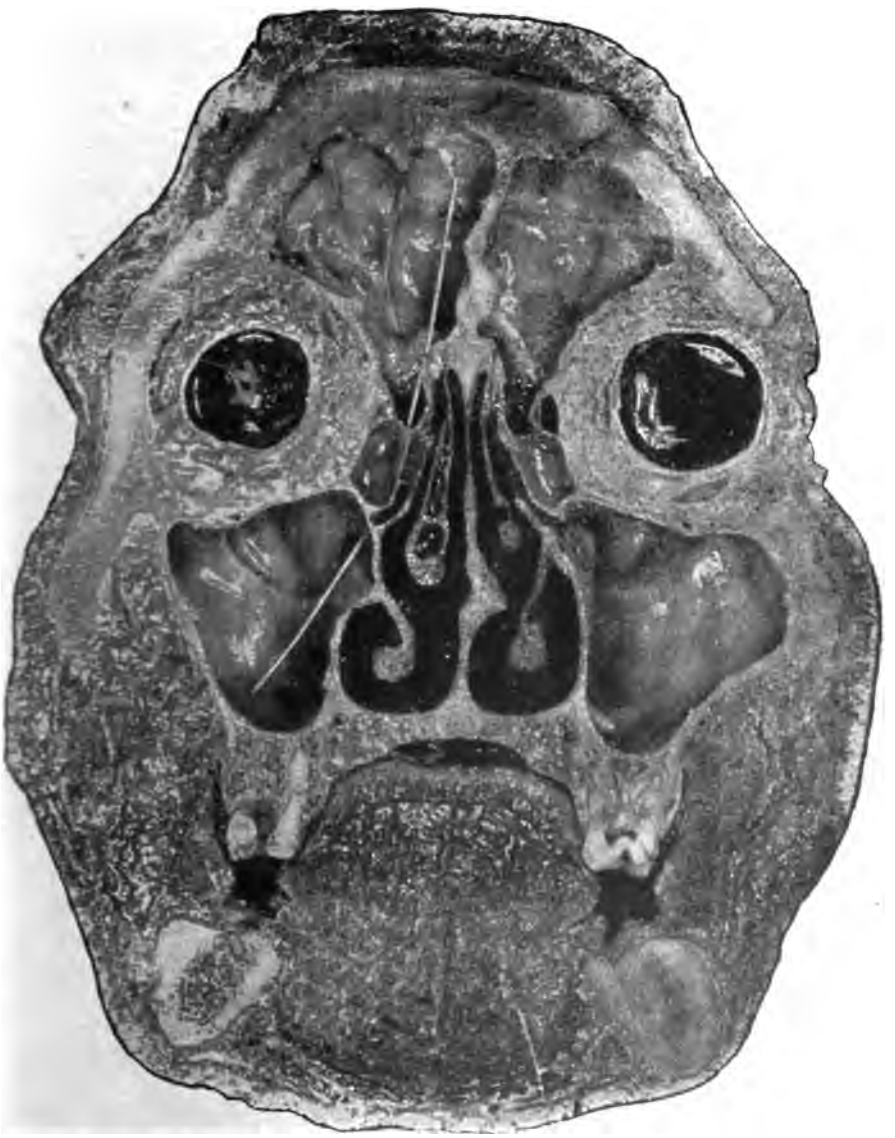


Fig. 4.

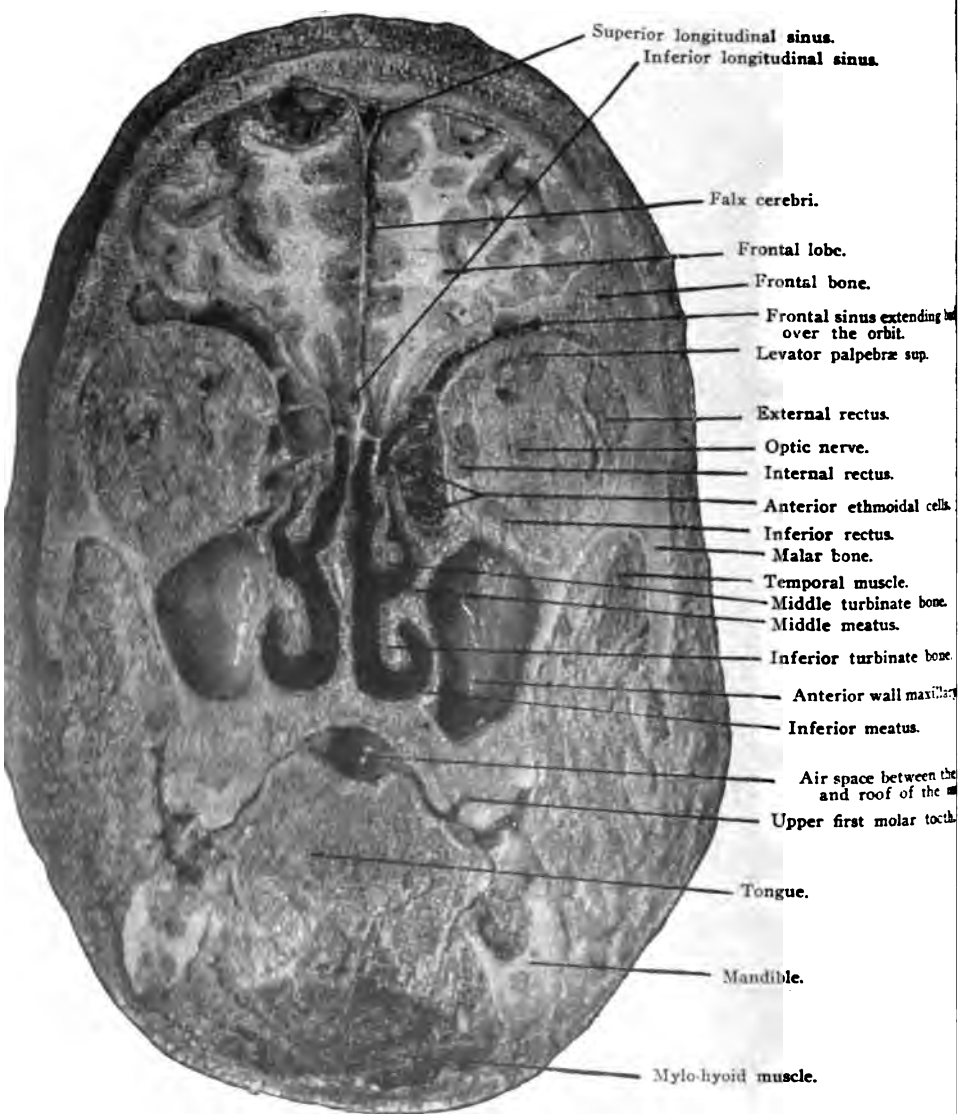

Superior longitudinal sinus.
Inferior longitudinal sinus.
Falx cerebri.
Frontal lobe.
Frontal bone.
Frontal sinus extending
over the orbit.
Levator palpebræ sup.
External rectus.
Optic nerve.
Internal rectus.
Anterior ethmoidal cells.
Inferior rectus.
Malar bone.
Temporal muscle.
Middle turbinate bone.
Middle meatus.
Inferior turbinate bone.
Anterior wall maxillary
Inferior meatus.
Air space between the
and roof of the
Upper first molar tooth.
Tongue.
Mandible.
Mylo-hyoid muscle.

Fig. 5.

Fig. 6

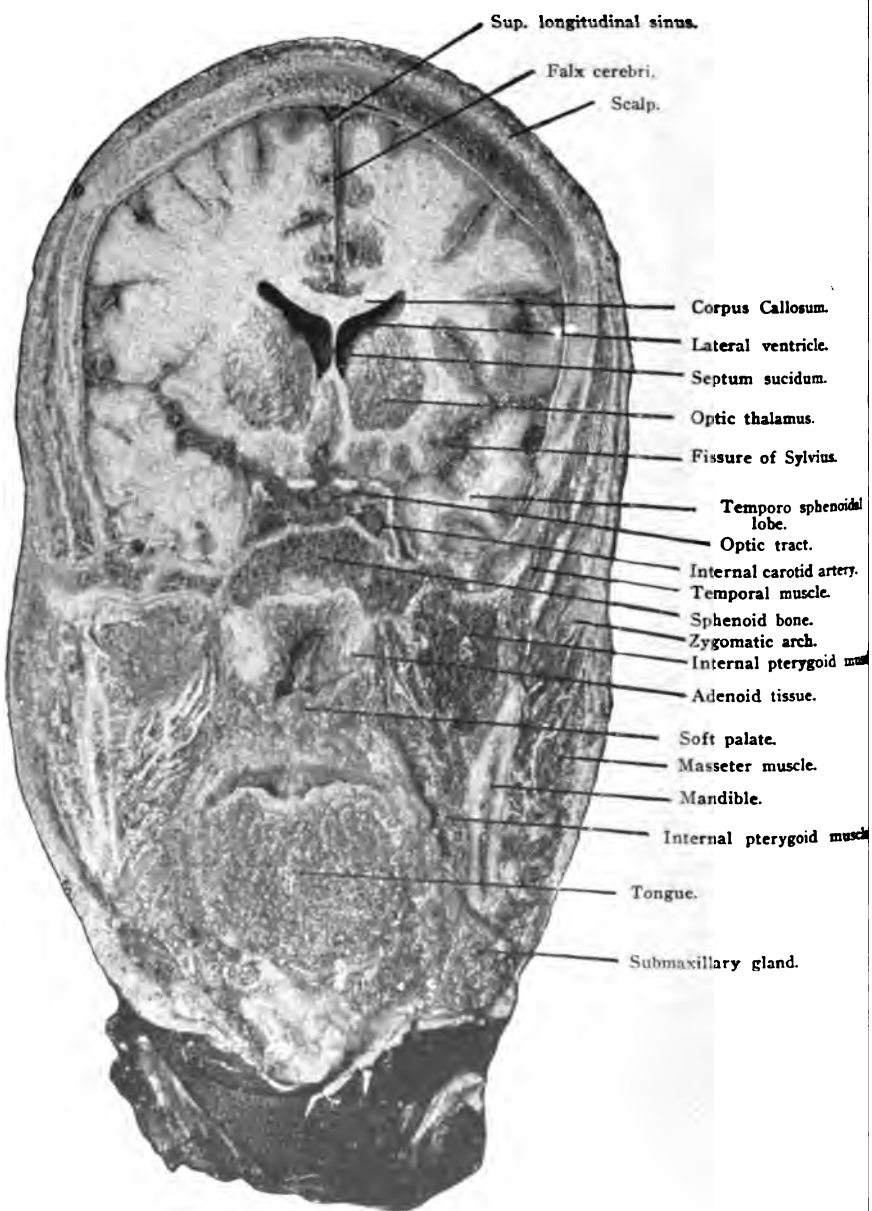

Sup. longitudinal sinus.
Falx cerebri.
Scalp.
Corpus Callosum.
Lateral ventricle.
Septum sucidum.
Optic thalamus.
Fissure of Sylvius.
Temporo sphenoidal lobe.
Optic tract.
Internal carotid artery.
Temporal muscle.
Sphenoid bone.
Zygomatic arch.
Internal pterygoid mus
Adenoid tissue.
Soft palate.
Masseter muscle.
Mandible.
Internal pterygoid musc
Tongue.
Submaxillary gland.

Fig. 7.

da, la lengua llena el espacio desde el fondo de la boca hasta el paladar, y desde los premolares y molares de un lado á los del otro. Tan completamente ocupado está el espacio, que los lados de la lengua están más más ó menos marcados con la impresión de los dientes por la presión, y las superficies bucales de las mejillas están casi en el mismo estado, aunque cuando la boca está completamente abierta desaparecen generalmente estas marcas.

Si se pierde un diente, la lengua y la mejilla pasan á través del espacio que queda, encontrándose ambas como indican los grabados 4, 5, 6 y 7. Esto explica por qué el hueco que queda después de una extracción dá la sensación de ser tan grande; la lengua no se pone en contacto con su resistencia usual, sino que pasa hacia afuera hasta que casi llega á encontrar la mejilla por el espacio abierto.

Si se coloca un diente artificial en ese sitio, parece extraordinariamente grande y molesto, pero al cabo de poco tiempo la lengua se acostumbra á él, mejor dicho, el tejido blando vuelve á recobrar su posición normal como antes de la extracción.

En el grabado núm. 4 el espacio que queda entre la lengua y el paladar es semejante al indicado en la fig. 2.

En la sección transversal de la lengua se observa el rafe, el corte transversal de los vasos sanguíneos, etc. La sección longitudinal de los músculos milo-hioideos, está representada con una parte de las glándulas submaxilares y los tegumentos que hay debajo de ellos.

Esta sección se cortó con la boca cerrada. La línea de las fibras de los músculos milohioideos son casi horizontales, mientras que en la fig. 9, en que la boca está abierta, las fibras descienden hacia abajo y hacia adentro.

Es natural suponer que siendo la lengua tan grande y resistente debiera, por su presión externa, ejercer más ó menos influencia para moldear la forma de los arcos alveolores; pero después de haber examinado muchos cortes verticales bilaterales de la cara, yo pretendo que la boca tiene más influencia en dar forma á la lengua, que la lengua en dar forma á la boca.

Si se examina atentamente una boca bien conformada con la dentadura completa, se observará que las superficies exteriores de la lengua son lisas y se ajustan á las superficies de los dientes, á los procesos alveolares y al paladar. Por el contrario, en los sujetos que tienen caras comprimidas, con bóvedas estre-

Fig. 8.

chas, la lengua será irregular en sus contornos. Para comprender mejor esto, véanse los grabados núms. 5 y 6.

El grabado núm. 5 está hecho de una sección transversal vertical de la cabeza, vista de frente.

La cabeza entera está más ó menos comprimida, especialmente la mandíbula superior y la inferior. La lengua está algo deformada, indicando que ha cedido á la presión de las paredes, pero que no ha tenido suficiente fuerza hara empujar hacia afuera los procesos alveolares. En este grabado debe observarse atentamente lo lejos que pasan por detrás de las órbitas los senos frontales, habiendo entre ellos únicamente una pared de hueso muy fina. También en esta sección se ven con claridad los músculos de los ojos.

El grabado núm. 6 está hecho de una sección similar. Demuestra cómo la cara puede estrecharse ó comprimirse hasta faltar el seno maxilar de un lado (el derecho), mientras que el del lado contrario es solamente rudimentario, como se encuentra en los primeros periodos de la vida embrionaria.

Los procesos alveolares no se extienden exterior é interiormente en dirección curva, como indica el grabado núm. 2, sino que desciende casi verticalmente.

Las secciones transversales de los dos lados de la mandíbula están más unidas que en el grabado núm. 4. Debido á la estrechez de la boca, la lengua está muy comprimida y su contorno muy deformado.

Cuando exista el estrechamiento que representa el grabado núm. 6, la respiración por la porción naso-faríngea se verificará con alguna dificultad.

Los crecimientos adenoideos se encuentran generalmente como indica el grabado núm. 7.

Cuando éstos son muy grandes y están en esta posición, los senos de Rosenmüller se cierran y la respiración normal no puede efectuarse, y por consiguiente, las personas respiran por la boca. Además de estos tejidos adenoideos, este grabado representa admirablemente una sección bilateral de los lóbulos parietales y de los lóbulos temporo-esfenoidales del cerebro, el ventrículo lateral, etc.

La fig. núm. 8 también reproduce un corte hecho en la cabeza de una persona de cara estrecha, con una fosa nasal comprimida y el tabique internasal torcido. Falta de desarrollo de

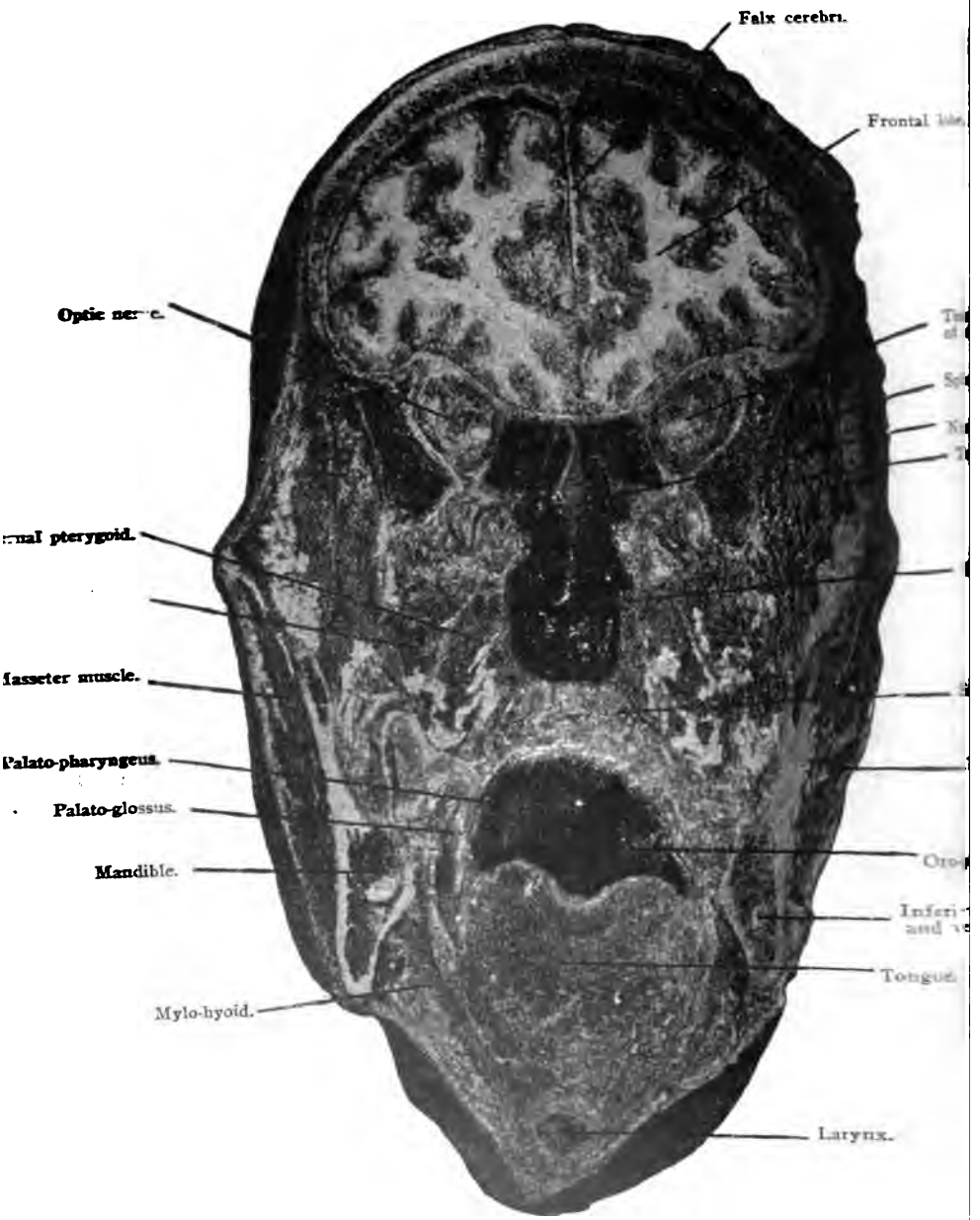

Falx cerebri.
Frontal lobe.
Optic nerve.
nal pterygoid.
Masseter muscle.
Palato-pharyngeus.
Palato-glossus.
Mandible.
Mylo-hyoid.
Tongue.
Larynx.

Fig. 9

Fig. 10.

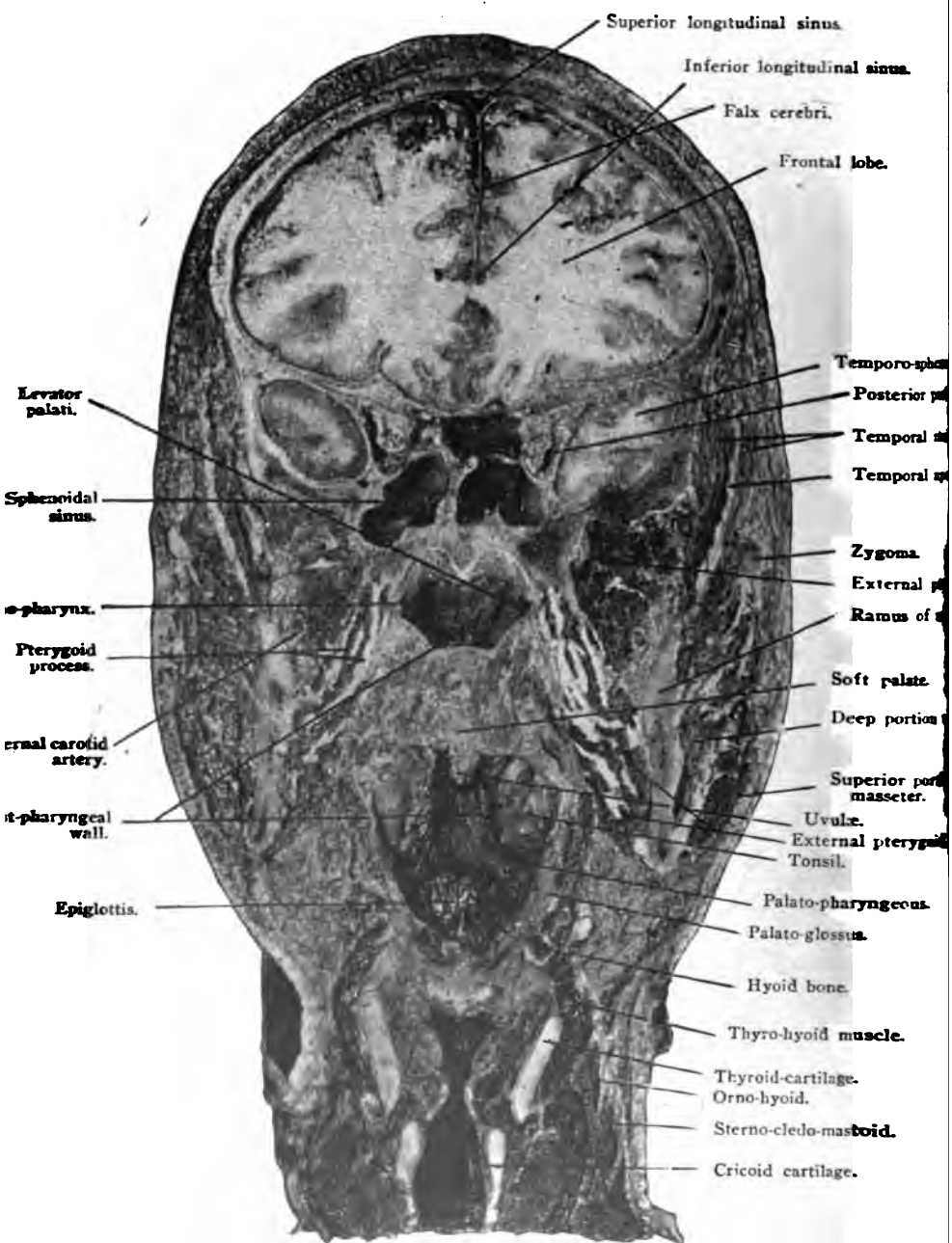

Superior longitudinal sinus.
Inferior longitudinal sinus.
Falx cerebri.
Frontal lobe.
Temporo-sphe
Posterior p
Temporal
Temporal
Zygoma.
External
Ramus of
Soft palate.
Deep portion
Superior por
masseter.
Uvulæ.
External pterygo
Tonsil.
Palato-pharyngeous.
Palato-glossus.
Hyoid bone.
Thyro-hyoid muscle.
Thyroid-cartilage.
Orno-hyoid.
Sterno-cledo-mastoid.
Cricoid cartilage.
Levator palati.
Sphenoidal sinus.
o-pharynx.
Pterygoid process.
ernal carotid artery.
t-pharyngeal wall.
Epiglottis.

Fig. 11

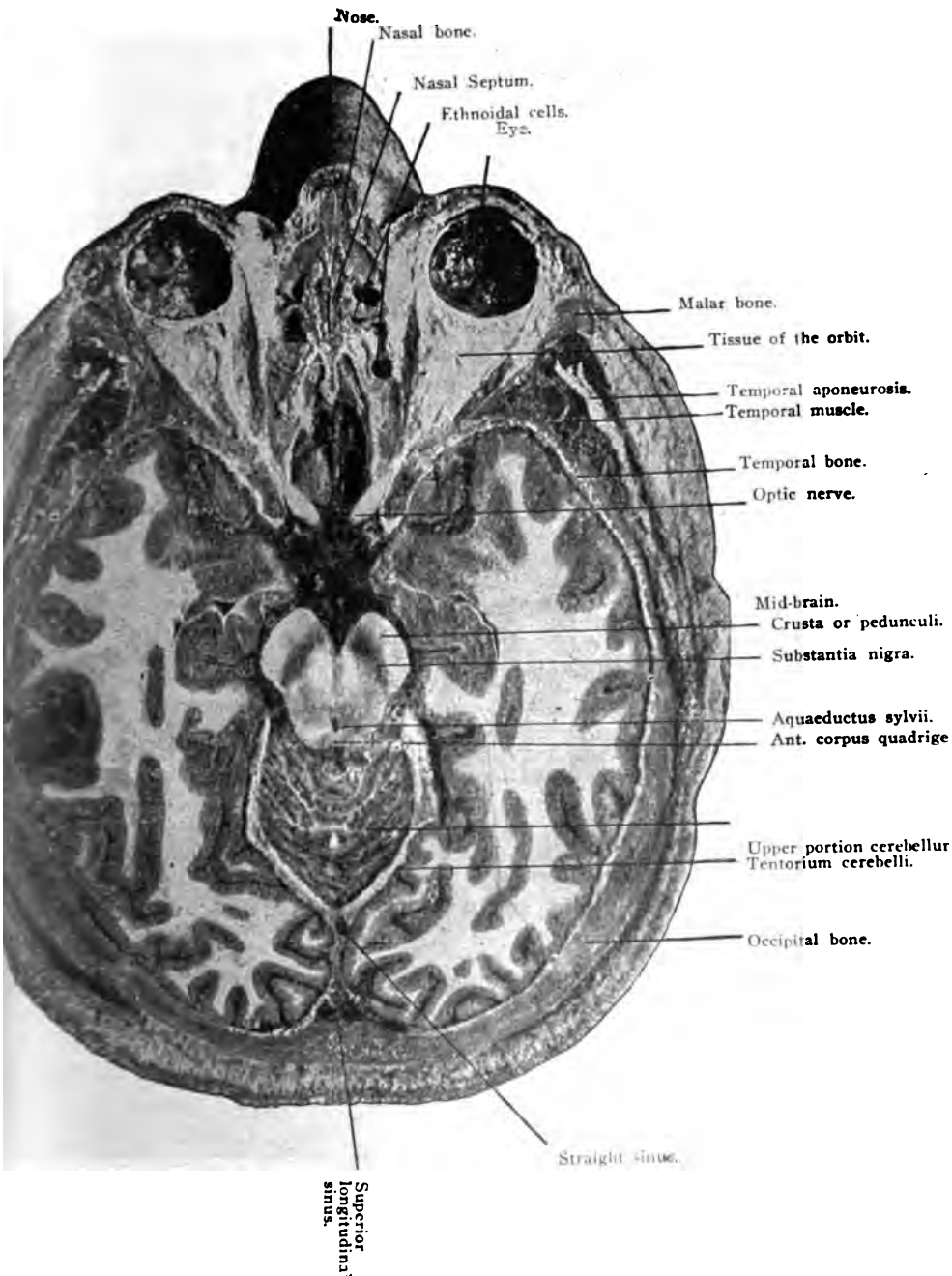

Nose.
Nasal bone.
Nasal Septum.
Ethnoidal cells.
Eye.
Malar bone.
Tissue of the orbit.
Temporal aponeurosis.
Temporal muscle.
Temporal bone.
Optic nerve.
Mid-brain.
Crusta or pedunculi.
Substantia nigra.
Aquaeductus sylvii.
Ant. corpus quadrige
Upper portion cerebellur
Tentorium cerebelli.
Occipital bone.
Straight sinus.
Superior longitudinal sinus.

Fig. 12.

las células edmoidales, senos maxilares pequeños, los arcos alveolares son estrechos, la lengua comprimida y parte de ella pasando hacia afuera entre los arcos hasta llegar al carrillo. Cuando se nos presenten estas circunstancias en esta región del cráneo, generalmente indica que el fondo de la nariz está más ó menos obstruido ó con tejido óseo ó con crecimientos adenoideos.

La fig. 9 está hecha de una sección bilateral vertical cortada al nivel de la porción posterior del paladar duro en un individuo muerto con la boca abierta y hecho el corte sin cerrar ésta. Se ve la porción anterior de la laringe, observándose que en la proximidad de esta región las fibras del músculo milohioideo pasan hacia arriba y hacia afuera hasta la línea oblicua interna de la mandíbula. Si estos músculos se mantienen en tensión y en el mismo ángulo en que aparecen en este grabado, las mitades laterales de la mandíbula se aproximarán entre sí, contribuyendo á contraer ó estrechar la parte inferior de la cara. Si comparamos esta figura con los grabados 4 y 5, observaremos una gran diferencia respecto á este músculo. En este grabado se ve que los músculos palato-gloso y palato-faríngeo están puestos en tensión, lo que disminuye la distancia entre los espacios tonsilares derecho é izquierdo. La acción muscular de esas dos regiones influyen en el estrechamiento de la cara (1), lo mismo que influye la falta de articulación ó fuerza de percusión de los dientes inferiores contra los superiores.

El grabado núm. 10 representa una sección transverso-bilateral que indica el espacio naso-faríngeo libre de crecimientos adenoideos, el paladar blando, la úvula y la parte posterior de la lengua en posición.

Se puede observar lo próximos que están la lengua y el paladar.

Debajo de la lengua, y un poco inclinado hacia un lado, se observa una sección transversal del hueso hioides, y aún más abajo de éste, secciones transversales de los cartílagos trioides y cricoides, indicando la entrada á la laringe y á la tráquea.

---

(1) La aplicación normal de fuerza en el hueso en estado de desarrollo, dá por resultado el desarrollo del hueso en forma normal; mientras que la aplicación anormal de fuerzas en iguales circunstancias, influirá en la anómala conformación del hueso. Esta ley es igualmente aplicable á los huesos de los adultos. (Véanse «Estudios de los huesos maxilares»

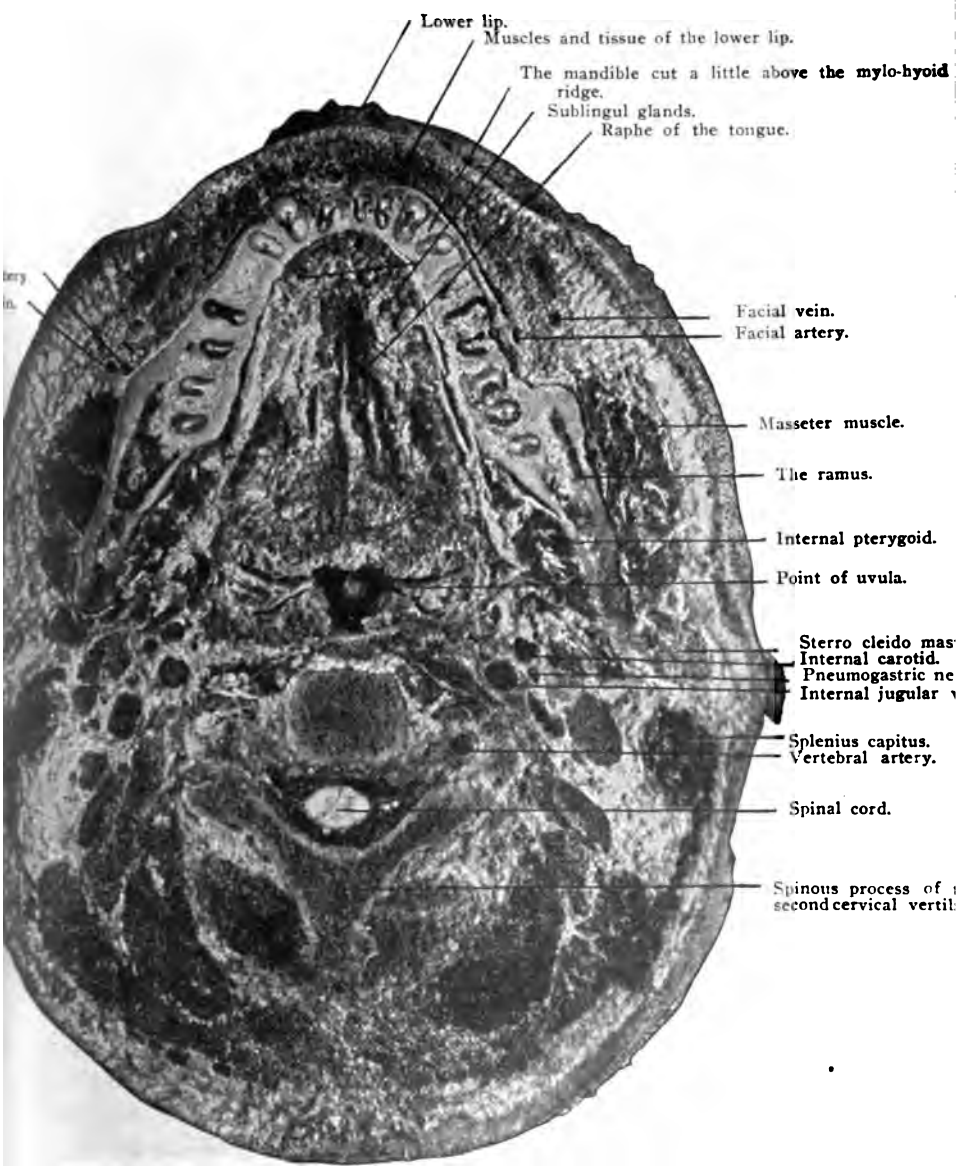

Lower lip.
Muscles and tissue of the lower lip.
The mandible cut a little above the mylo-hyoid ridge.
Sublingul glands.
Raphe of the tongue.
Facial vein.
Facial artery.
Masseter muscle.
The ramus.
Internal pterygoid.
Point of uvula.
Sterro cleido mas
Internal carotid.
Pneumogastric ne
Internal jugular
Splenius capitus.
Vertebral artery.
Spinal cord.
Spinous process of
second cervical vertil

Fig. 13.

Si se quitase esta parte de la lengua, el espacio tonsilar se vería perfectamente como está indicado en el grabado núm. 11. En este grabado se vé en el centro la úvula con la pared postfaríngea debajo de ella. A cada lado de la úvula están las tonsilas (ó amigdalas).

En la base de este espacio se vé la parte superior ó anterior de le epiglotis. Su forma general indica cómo los fluídos de la boca van hacia la faringe.

Grabado núm. 12.—Este grabado representa una sección horizontal cortada á través del centro de la órbita y detrás, y á través de los varios tejidos incluso el cerebro. Presenta una sección horizontal á través de los ojos, con los tejidos en la parte posterior de la órbita.

Como el corte se ha hecho atravesando el foramen óptico, presenta una vista de una sección horizontal de los nervios ópticos.

Esta sección también expone á la vista parte de las células etmoidales en la parte superior de la nariz.

En esta sección se representan varias circunvoluciones del cerebro. También representa muy bien una sección transversal del cerebro medio y una sección del cerebelo.

La fig. 13 reproduce una sección cortada horizontalmente y justo encima del músculo milo-hioideo, y es una vista hacia arriba de la base de la lengua, dando de la anatomía de esta región una idea más clara que la que podríamos obtener disecando por los antiguos procedimientos.

Estos grabados que preceden, sólo son unos cuantos ejemplos para demostrar las ventajas de este método de enseñanza de la anatomía aplicada á la Odontología.

El alumno se interesa desde el principio en el estudio, y con la impresión mental que en él producen estas fotografías, está en especiales condiciones de perceptibidad y recuerda fácilmente la descripciones verbales del profesor, que encuentra además la ventaja con este sistema de proyecciones con la linterna, de hacer resaltar los puntos de su lección con claridad á todos los alumnos á la vez.

Las fotografías constituyen un libro de anatomía representando la verdadera anatomía, la verdadera disposición de las partes é impresionando al alumno con mayor eficacia que si pusiera la mano sobre el punto que se explica.

TRABAJOS ORIGINALES

EL PASTA-FORMOL

por D. JUAN DE OTAOLA, de Bilbao

Aprendí de mis maestros y he procurado no olvidarlo en la práctica profesional, la necesidad que tiene todo operador de conservar sus manos é instrumentos en la más completa asepsia, sobre todo en el momento crítico de la intervención. Evito en lo posible intervenir directamente con los dedos y en todo caso procuro cumplir el precepto aconsejado; más, triste es confesarlo, no siempre he tenido la seguridad de haberlo conseguido.

El lavado de las manos con el jabón corriente ni con los jabones antisépticos de brea, fenicados ó sublimados me han ofrecido la garantía deseada. La solución de bicloruro de mercurio me parece peligrosa y poco cómoda. Posteriormente se ha recomendado mucho una solución de formalina ó de formol en alcohol.

Esta última resulta la más eficaz al parecer, pero no está exenta de algunos inconvenientes que vamos á señalar. En efecto, cuando se hace uso de la solución alcohólica de formol con alguna frecuencia para la desinfección de los dedos, se observa pronto que la epidermis es atacada con intensidad y sobre todo en la parte interna de las uñas, se agrieta y acaba por perderse.

Esta acción tan enérgica sobre la materia orgánica le hace poco apto para que se extienda su uso, á pesar de ser considerado por todos como un agente microbicida tan poderoso, y más tal vez, que el sublimado corrosivo.

Suponen algunos que esta energía extraordinaria depende, más que del formol mismo de la cantidad variable de ácido que contiene, irritante en extremo, y que disuelto en alcohol, que es líquido penetrante en los tejidos, es llevado hasta el dermis donde produce esta irritabilidad y destrucción orgánica. Ante estos resultados no es extraño que su empleo no se haya generalizado.

Sin embargo, no se ha pensado en sustituir al formol por otro agente microbicida de igual ó parecida energía, pues esto parece hoy muy dudoso el poder conseguirlo, y de aquí que

muchos preparadores hayan dirigido sus investigaciones á evitar los inconvenientes, señalados sin prescindir del producto capital.

El autor del *pasta-formol* parece haberlo conseguido.

En una de las sesiones de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, habló de este asunto el farmacéutico Sr. Espada indicando que se ocupaba de este problema y presentó por vía de muestra unos ejemplares de *pasta-formol* envasados en tubos de estaño cerrados á rosca, de igual forma que los tubos de pinturas preparadas. Pidió una leal opinión sobre el alcance práctico que pudiera llegar á tener esta preparación, recibiendo general consejo de que insistiese en su empeño, pues desde luego se podía predecir su utilidad siempre que en la práctica profesional se corroborasen los pequeños ensayos que allí se hicieron.

Como fuí uno de los presentes y entusiasta en el asunto, me acerqué confiadamente á mi distinguido y particular amigo señor Espada, le pedí unos ejemplares de *pasta-formol* para mi uso particular y le pedí también algunos detalles de su preparación y condiciones.

El Sr. Espada me dijo poco más ó menos lo siguiente:

—Ya comprenderá usted que no se trata de un descubrimiento que tenga tanta importancia como el del Radium. Ni siquiera es descubrimiento.

Solamente he buscado, y creo haberla encontrado, una nueva forma de seguir empleando el *formol* como antiséptico insustituíble y microbicida poderoso; para las manos, instrumentos, ropas y otros objetos, sin que se toquen los inconvenientes de usar la solución alcohólica.

El *pasta-formol* no es otra cosa que un jabón de potasa cuidadosamente preparado y purificado cuya saponificación larga, esmerada y lenta se ha hecho en presencia del formol concentrado. El ácido que siempre acompaña al *formol* ha sido neutralizado juntamente con los ácidos grasos y el jabón resulta neutro. Por esta causa no será jamás tan irritante como la solución alcohólica.

A ustedes corresponde ahora verificar en la práctica lo que yo deduzco de la teoría.

Con esta orientación satisfactoria para mí, he comenzado á hacer uso del *pasta-formol* para desinfectar mis manos y mis instrumentos en general.

Para las manos no hay más que verter una cantidad suficiente para embadurnarlas; se frota por espacio de uno ó dos minutos toda la superficie y se lava después en agua hervida ó caliente si es posible.

Para los instrumentos hago disolver una porción regular en agua hirviendo; sumerjo los objetos ó los froto bien con esta disolución y seco cuidadosamente con algodón aséptico.

Sólo así tengo la confianza de haber obtenido un buen resultado y la seguridad de haber cumplido un deber.

INTERESES PROFESIONALES

LA FEDERACION DENTAL INTERNACIONAL

por el Dr. KIRK, de Filadelfia.

La historia del nacimiento y subsiguiente actividad de esta organización, que representa un gran movimiento internacional de la armonía y actividad dental del mundo entero, es bien conocida por los trabajos publicados y las reseñas de sus reuniones aparecidas en la prensa profesional. Organizada á la clausura del III Congreso dental internacional de París de 1900; no sólo ha despertado universal interés sobre sus iniciativas y sus trabajos en el corto período que ha seguido á su fundación, sino que ha hecho mucho por el cumplimiento de los fines para que fué creada.

Cuando consideramos que la primera asociación odontológica en la historia del mundo, para el mutuo progreso, cambio de ideas y realce profesional, fué fundada en 1839; es verdaderamente prodigioso este paso, dado solamente sesenta años más tarde y teniendo por fin la aplicación de los mismos principios á la profesión dental del mundo entero.

No se encontrará probablemente en la historia de cualquier otra profesión análoga, prueba más palpable de desenvolvimiento rápido del esfuerzo asociado, por lo cual, aplaudiendo la empresa, se ayuda á la posibilidad futura de la tendencia que ofrece, protegiendo así su actividad, con el fin de que pueda llevar la mayor prosperidad á la profesión dental, basada en la mayor armonía.

Las circunstancias que han conducido á la creación de la

Federación Internacional son de gran interés y de la mayor importancia. No hacemos aquí alusión á los incidentes que en el Congreso de 1900, fueron la causa de la creación de este organismo, sino más bien á los sentimientos de confraternidad internacional y al deseo de armonizar las ideas y métodos dentales, que el citado Congreso de 1900 y las agrupaciones internacionales precedentes, hicieran nacer.

Este desenvolvimiento del sentimiento de la asociación para la unificación, que se mostró entre los representantes de todos los países, ha encontrado su expresión en la organización de la Federación Dental Internacional.

Ninguna idea comprendiendo un gran principio, se puede aplicar en sus comienzos de una manera completa. Debe madurar, crecer y ser puesta á prueba, por las circunstancias y la experiencia, antes de poder dar sus mejores resultados. Desde el principio es muy importante considerar cuidadosamente su política y definir sus fines, sus poderes y sus límites, para que pueda proseguir su papel útil.

Las nociones sobre el objeto y la significación del esfuerzo asociado basado sobre la experiencia en las organizaciones nacionales ó locales, se juzgaron inaplicables á la asociación internacional.

Poco á poco pudo apreciarse que el factor legislativo que ejerce su influencia en mayor ó menor grado en toda otra organización dental, era un elemento imposible para las relaciones internacionales.

En la evolución de la organización del plan de la Federación Dental Internacional, dos años transcurrieron antes que la concepción del límite de su campo de acción á un papel exclusivamente consultivo y la eliminación del carácter legislativo, fueran claramente definidos en una declaración formal de principios.

En el Congreso de Stockholmo de 1902, el presidente Godon, enunció en su discurso el principio fundamental sobre el cual esta grande manifestación internacional debía apoyarse para conseguir su fin.

Este principio está condensado de una manera tan clara que lo citaremos aquí completo.

«Cada país está bajo la dependencia de sus inclinaciones, de sus costumbres, de su evolución histórica, de sus leyes, y como

todas estas condiciones son bastante diferentes, nuestra Comisión internacional no puede tener otra pretensión (como ha indicado claramente nuestro colega el profesor Hesse, de Leipzig), que la de emitir dictamen y dar consejos desprovistos de sanción real, pero teniendo cierta autoridad moral fundada en las competencias especiales que componen la Federación y susceptibles en consecuencia de ser tomadas en consideración por las personas calificadas en cada país, para tomar decisiones que hagan fuerza de ley. Vuestro papel, por lo tanto, está limitado al de un gran consejo consultivo internacional del arte dental.»

Aprobamos sin restricción los principios formulados en la precedente declaración, pues creemos que han llegado los tiempos en los que el desarrollo de la odontología y la definición práctica de su situación, con relación á las demás profesiones y á la sociedad en general, puedan asegurarse mejor por un sistema de conferencias internacionales como el que la Federación se ha propuesto establecer.

No se discute el hecho de que los factores educadores y legislativos que influyen fundamentalmente en nuestro desarrollo profesional y nuestros resultados prácticos, se encuentren todavía en un estado más ó menos embrionario. Esto podrá apreciarse cuando comparemos el ideal de los diferentes países en lo que se refiere á estas cuestiones.

Podrá ser cierto el que cada país haya desarrollado el sistema de educación y de práctica en el que creía ver el que mejor se adaptaba á sus necesidades. Sin embargo, es también un hecho el que cada país debido á las leyes inexorables de la evolución, tenga que adaptar su ideal de educación á condiciones que constantemente están variando.

Lo nuevo debe reemplazar á lo antiguo en odontología como en todo otro ramo, y el tipo conservador que reposa satisfecho sobre una obra dada, sin pretender hacer el menor esfuerzo para marchar hacia el progreso, se asemeja al hombre que lucha á la cabeza de un grupo rehusando avanzar. Es un obstruccionista que tiene que separarse rápidamente para dejar sitio á elementos más progresivos.

El fin de la Federación Dental Internacional es llegar á la mayor armonía de ideal sobre el mejor campo de actividad profesional, y por eso tiende á la unificación internacional.

Examinemos cuidadosamente esta proposición para evitar

una concepción errónea que podría fácilmente perjudicar á los intereses que normalmente deben resultar de un principio tan importante.

La unificación y la armonía son dos términos que están á la orden del día en lo que concierne á las cuestiones de educación y de legislación en odontología.

Mucho se ha escrito y hablado en favor de la realización práctica de las condiciones representadas por el sentimiento latente común á los dos.

Los entusiastas han visto en la unificación de la educación y de la legislación, la solución de la mayor parte de las dificultades que la odontología como profesión ha de resolver; pero no debe olvidarse que la unificación no puede ser un bien sin mezcla, pudiendo ser positivamente mala si no está basada sobre el mejor cumplimiento posible y los principios más elevados adaptados al caso.

La sociedad ofrece ejemplos innumerables de unificación basadas sobre concepciones completamente falsas sobre lo bueno ó lo mejor.

El gran número de palabras en *ismo* y de palabras en *patía* que imponen su fe y sus dogmas con más ó menos fuerza á un público desde largo tiempo, son ejemplos de satisfacción con un ideal personal de unificación basado sobre principios considerados como erróneos por los que no tienen la misma fe y la misma creencia.

Parece claro, por consiguiente, que nosotros debemos realizar la unificación de nuestro ideal de educación y de legislación dentales, por el intermediario de una serie de conferencias. Nuestro fin principal no debe ser la unificación, sino la evolución de principios idealmente correctos y la armonía sobre el mejor campo posible de actividad y de proyectos. Hecho esto, la unificación resultará como consecuencia inevitable.

Hemos hablado de la tendencia que existe en la mayoría de los esfuerzos sobre la unificación para hacerla el fin primordial. Parece claro que cada vez que se ha dado este caso se ha producido este error, fijando un límite restrictivo á un desenvolvimiento ulterior.

Se debería admitir una profesión de fe, un código, una constitución ó un conjunto de artículos consentidos que, manteniendo por un tiempo la unidad de su organización impidiera su

desenvolvimiento más allá de los límites originariamente prescritos á su actividad.

Las necesidades del caso, dan tal plan conveniente hasta cierto punto en nuestras organizaciones nacionales y locales, pero en una organización como la de la Federación Dental Internacional, esto sería, no solamente imposible, sino que además iría contra el fin expuesto de manera tan clara por su presidente cuyas palabras copiamos más arriba.

No puede ponerse en duda la utilidad de un gran «Consejo consultivo internacional del arte dental», círculo en el cual las ideas de los representantes de la profesión de cada país puedan ser puestas á prueba por la comparación crítica; donde lo útil pueda ser separado de lo inútil y de lo perjudicial; donde los errores puedan ser eliminados y donde cada nación pueda mostrar sus ideas y ponerlas á disposición de las otras. El desenvolmiento de la odontología puede llevarse más allá de los límites geográficos de cada nación y la odontología del mundo entero debe tener su representación y una asociación organizada como la tienen las naciones y las localidades.

El movimiento internacional debe ser protegido por todos contra la tendencia á hacer de él un cuerpo legislativo dictatorial y de mandato en contrario de los factores nacionales que pueden componerle.

La declaración del presidente de la Federación, expresa sin duda alguna la misma opinión, y á nuestro parecer la organización será duradera ó caerá, según que atienda ó no á esta declaración.

Como gran Consejo consultivo internacional, las naciones de la tierra deben dar su adhesión al principio y al nombre bajo los cuales existe. De hacerse al contrario, se formaría un cuerpo legislativo para centralizar el poder con el fin de intervenir políticamente las actividades nacionales desde el punto de vista internacional, lo cual constituiría una gran desgracia. Esto es una eventualidad que para que no pueda nunca producirse es necesario evitar sobrevenga.

La Asociación Dental Nacional de los Estados Unidos en lo referente á la finalidad de la Federación está completamente conforme con el principio expuesto en el discurso presidencial de la reunión de Stockholmo, y esta actitud está formulada en la decisión tomada en Asheville en Julio de 1903 con motivo de la

delegación de la Asociación Dental Nacional á la reunión de la Federación Dental Internacional que debe tener lugar en San Luis al mismo tiempo que el IV Congreso Dental Internacional.

Esta *decisión* es la siguiente:

«Se acordó que cinco delegados serán nombrados por el presidente, que tendrán el poder de representar á la Asociación en la reunión de la Federación Dental Internacional que debe tener lugar en San Luis al mismo tiempo que el IV Congreso Dental Internacional de 1904.»

«Se acordó que estos delegados deberán limitarse á la asociación y la cooperación de la Asociación Dental Nacional á la política y á los trabajos de la Federación Dental Internacional, estrictamente con referencia á su papel de Consejo consultivo internacional.»

La Federación Dental Internacional es considerada por su declaración, para dirigir sus trabajos de tal manera, que no perjudique los intereses nacionales y no provoque ningún choque local. Es opuesta á toda tentativa de centralización de poderes y pide el apoyo de sus esfuerzos para establecer un gran *Clearing-House international* (1) para las ideas, á fin de discutirlas en las conferencias. Por estas razones nos esforzamos por hacer ver que su deseo de ser aprobada por todas las naciones es bien fundado.

Una reunión de la Federación tendrá lugar al mismo tiempo que el IV Congreso, y su porvenir será uno de los puntos más importantes á discutir y á fijar en esta época.

Creemos sinceramente que su utilidad para el porvenir de la odontología en el mundo entero será completamente reconocida, y que gracias á una estudiada prudencia y rectitud, su acción estará completamente exenta de toda tendencia basada en intereses personales ó políticos, y que su inmenso poder para conseguir la armonía profesional y la mayor elevación podrá ser plenamente obtenido.

---

(1) Especie de Banco de cambio.

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Sección de Odontologia y Estomatologia

DÍA 29 DE ABRIL

CUARTA REUNIÓN DE LA SECCIÓN

SALA A

(Continuación.)

CONSIDERACIONES É INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES SOBRE LA PERMEABILIDAD DE LA DENTINA

por el Dr. Mahé.

Las conclusiones sobre este extensísimo trabajo del Dr. Mahé son las siguientes:

Las aserciones formuladas en el curso de estos últimos años sobre las condiciones de impregnación medicamentosa de la dentina, parecen ser confirmadas en todos los puntos por el conjunto de mis experiencias.

Es imposible proponer á este problema una solución única y general, puesto que hay que atender á dos factores de índole diferente que son: el estado de la dentina y las propiedades del medicamento.

En cuanto al estado de la dentina, si los canalículos dentinales están abiertos, la deshidratación ó método de León Williams no es necesario para obtener la penetración. Si los canalículos no están abiertos, no es la dentina susceptible de ser atravesada.

En cuanto al medicamento, si es soluble en el agua y muy difusible, la solución acuosa será el mejor penetrador de la dentina. Es en particular considerablemente superior en este caso á la mezcla compleja propuesta por M. Choquet.

Si no es difusible, se deberá emplear en solución alcohólica, pero sin hidratación previa.

La dentina no debe ser deshidratada más que si el medicamento es insoluble en el agua y soluble en el alcohol.

En este caso, la penetración no será asegurada más que en la medida en que haya sido realizaba una verdadera deshidratación en el sentido etimológico de la palabra, y esta penetración está en razón del tiempo de deshidratación previa, más bien que en razón del tiempo de aplicación del medicamento.

El tiempo indicado por M. Choquet para la deshidratación

es insuficiente cuando se trata de productos solubles en el agua y de experiencias hechas fuera de toda humedad.

Este tiempo es completamente insuficiente cuando teniendo en cuenta la humedad general que existe en la boca se hace sin embargo uso de substancias solubles en el agua.

Este tiempo es también insuficiente cuando se experimenta con substancias insolubles en el agua, aunque se haga fuera de toda humedad general.

La experimentación y las nociones teóricas sobre este punto, confirman que la deshidratación perfecta y absoluta de la dentina no es posible en las condiciones de la práctica.

La deshidratación parcial, que es prácticamente realizable, se obtiene bastante perfecta y más rápidamente por los procedimientos anteriormente descriptos (acción alternativa del aire caliente y del alcohol absoluto) que por los alcoholes á títulos progresivos.

Desde el punto de vista de la esterilización, hay que tener también en cuenta la acción propia de la aguja de Saladin.

Desde el punto de vista puramente experimental:

Las experiencias hechas para restablecer el valor del método de León Williams, uo tienen ninguna significación cuando están basadas sobre el empleo de substancias perfectamente solubles en el agua, como el azul de metileno.

Las experiencias bacteriológicas publicadas sobre el mismo asunto, carecen de bases científicamente necesarias para ser probadas.

El empleo del *xilol* para la penetración de la dentina no está basado sobre ninguna causa, y no solamente no responde á ninguna indicación, sino que parece francamente perjudicial.

Teóricamente, el *xilol*, ó mejor el cloroformo, sería útil para permitir el empleo de substancias solubles solamente en estos líquidos, puesto que la utilidad de ninguna de estas substancias no ha sido aún señalada en odontología.

El silcrat (1)

por D. Tirso Pérez (Madrid).

Sabemos que todos los trabajos de porcelana han sufrido en estos últimos tiempos transformaciones, debido á que la profe-

(1) Anagrama de cristal.

sión vé en este producto algo que conviene utilizar. Cada vez son más perfeccionados los compuestos y aparatos destinados á su fusión.

El material que nos ocupa es conocido de casi todos los profesionales, pero su aplicación práctica no se nos ha demostrado en la forma que voy á tener el honor de hacerlo ante vosotros.

Este tiene su puesto en el *lugar intermedio* de las porcelanas, es decir, que no se puede clasificar entre los de alta fusión ni de baja, habiéndose apreciado muchas veces su licuación sobre dientes sochapados de oro de 18 quilates y con espiga de la misma ley sin que este oro haya sufrido gran alteración; sobre metal de más ley, la operación resulta sin peligro de la integridad del mismo.

Esta clase de trabajos necesita gran vigilancia por el hecho de la intensidad, muchas veces variada, de las corrientes de la red urbana en donde directamente enchufamos el aparato, nuestro horno eléctrico ha sido manejado sin reostato, y yo no se por este motivo hasta qué punto será de utilidad la graduación de la corriente con este material.

Como veréis no víene á suplir ninguna porcelana, ni nunca mi ánimo fué ese; mi intención no es otra que dar á conocer una variedad de aplicaciones que puede tener un producto que no porque fuera ya conocido y examinado ha de ser utilísimo en muchos casos de prótesis.

Cuestión económica.—El coste de este producto se reduce á *cero;* el dentista no encontrará nunca un artículo de tanta aplicación práctica y tan útil que le salga tan barato. En efecto, basta recoger algunos trozos de vidrio común, molerlo en un mortero de mármol con el esmero propio del artífice de gusto y ahí tenemos el material; una aclaración es necesaria, le he dado el nombre de *Silcrat* por elevar de alguna forma la categoría de esta substancia.

Los trabajos, en principio fueron hechos con alcohol para formar la masa, pero experimentos realizados posteriormente han demostrado que el agua sirve como vehículo y da el mismo resultado.

Se pueden meter en el horno de Ash (modelo pequeño) en dos platillos apropiados ó uno sólo de su tamaño hasta ocho dientes á construir, sin que apenas se haga sensible el gasto de electricidad en el contador de consumo.

Fundición.—Ante todo una limpieza minuciosa es necesaria para este trabajo. Sobre una superficie plana de cristal ó porcelana se extiende el polvo y el líquido que haga falta, según la clase de obra que se ejecute; se mezcla con una espátula y se aplica con un pincel fino.

Hemos metido ocho dientes en dos platillos en el horno á las 4-20, quitamos la corriente á las 4-25, y en esta prueba iban: formación de coronas sobre bases planas de molares antiguos, porcelana por cierto de composición más dura que la que hoy nos suministran las fábricas, baños sobre esmalte saltado y clavillos de platino sobre dientes desprovistos de los mismos; el horno tarda en su enfriamiento total treinta minutos y los dientes algunos minutos más; si se pasa el tiempo marcado se globula el *Silcrat* y no salen perfectos los tubérculos, además si lleva pernos superpuestos pueden variar de posición, y por lo mismo estos trabajos tienen que ser muy vigilados y la práctica se encarga de su perfección.

Si después de sacar el trabajo del hornillo se observa que presenta un color calcinado se considerará imperfecta la fundición, debiéndose deshacer lo hecho hasta que el color sea uniforme y confundible con el diente; la consistencia en el caso anterior es dudosa y conviene estar sobre aviso.

Algunas veces resulta de primera intención el fundido imperfecto y su apariencia es granulosa; basta colocar el objeto en el horno después uno ó dos minutos hasta que se vea licuado y compacto; también puede reforzarse el perno con más *Silcrat* y entonces produce el efecto deseado sin movimiento del perno apesar de las dificultades que se presentan en dientes chatos y muy rebajados por la talla.

Es conveniente que el polvo de cristal sea recientemente molido y que resulte finísimo y casi impalpable para que el resultado sea favorable. *Silcrat* que teníamos preparado de un año anterior nos ha parecido que no servía en las pruebas hechas.

El *Silcrat* debe tener el color exacto de la porcelana sobre que se funde, así es que aplicado un tubérculo sea cualquiera el color que tenga el diente, ese mismo adquiere el *silcrat*; mis experiencias y estudios sobre lo mismo, me hacen sospechar que esta propiedad es la misma de la substancia, ó sea su transparencia, de ahí el parecer el mismo color. El *Silcrat* al pulveri-

zarlo pierde su diafanidad y transparencia, adquiriendo con la fusión sólo esta última propiedad.

Es tal la adherencia del perno á esta substancia, que descubierto en su parte media la restante queda en firme sujeta, desprendiéndose los pernos en el diente usual cuando quedan en esta disposición con mucho menos esfuerzo.

La fundición de primera intención en el horno, tarda de cuatro á cinco minutos; de segunda vez, y estando éste caliente, es cuestión de uno á dos minutos.

Cuando el trabajo sale retraído se vuelve al horno rellenando la falta, y es curiosa la observación de que á la segunda ó tercera fundición sale más lustroso su aspecto. Es muy conveniente el sacar los trabajos del horno cuando éste se halla enfriado en absoluto.

Por las pruebas que os presento podéis apreciar la variedad de operaciones llevadas á cabo con resultados altamente satisfactorios.

Aplicaciones.—Estando cargando el caucho sucede algunas veces que bien porque el perno está bajo, ó bien porque obligue darle otra dirección, éste se sale del diente; el compromiso en tal situación es grande, el ajuste si el diente está tallado no puede llevarse á cabo y no hay otro recurso que volver á empezar, tomando medidas, etc., ó hacer la obra con compostura; pues bien, con unos minutos de intervalo puede colocarse el mismo diente en su respectiva posición, y como no hay peligro en que se abra ó se agriete como sucede con el soplete, el resultado es brillante, fácil y rápido.

Es muy corriente el romperse los pernos de nuestros dientes al nivel de la porcelana; esto puede ocurrir por defecto de construcción ó por torsión forzada por el dentista, gravitando sobre el borde aproximado del platino, defecto que se observa en muchos dientes ingleses y es bastante frecuente; en otros casos se desprenden de la porcelana dejando los pernos en el caucho, nuestros clientes nos piden que le coloquemos el mismo diente puesto que le tienen aprecio y lo consideran perfecto, pues bien, hoy se puede acceder á lo solicitado en el primer caso, colocándolos en su sitio, y en el segundo, ó poniendo otros pernos que se tendrán de reserva ó sacando con precaución los que están en el caucho y colocándolos donde deban estar por medio de nuestro *Silcrat.*

Con la caja de colores para pintar dientes de Ash, en combinación con este producto, se pueden hacer trabajos de índole variada, por ejemplo: poner tubérculos á molares de matiz obscuro, observándose aún más adherencia á la porcelana del diente, tanto que si se intenta arrancar el producto por medio de la fuerza y apalancando con un buril, saltará, pero siempre llevándose adherido parte del diente. La pintura de Ash se puede aplicar encima después de añadido cualquier parte del diente con el *Silcrat*, resultando una unión íntima entre los cuatro cuerpos, porcelana, cristal, pintura y platino. También nos será muy útil cuando el trabajo, sea por su volumen ó por otras causas salga agrietado.

El líquido titulado *Mixing*, de Ash, que acompaña á la caja de pinturas, se puede sustituir por alcohol de 38 á 40 grados; el mismo efecto produce al mezclar estas pinturas *con agua;* estas consecuencias han sido reveladas durante nuestros experimentos con el *Silcrat*.

Terminaremos nuestro modesto trabajo con las indicaciones que nos ha sugerido la práctica.

Aplicaciones en general.—Formación de cúspides y tubérculos en los molares.

Reposición de pernos en los dientes.

Conversión de dientes diatóricos en dientes de perno.

Dientes á pivot con dientes de tubo sin soldar.

Aprovechamiento del diente muestrario.

Reformas del diente Logan y de perno cuadrado, único con raíces simuladas.

Reforma del diente de un solo clavillo.

Propiedades de este cuerpo.—Adherencia íntima al cuerpo del diente y del platino.

Dureza propia del diente usual.

Resistencia para los trabajos protésicos.

Duración indefinida.

Transparencia á la fusión, lo que hace perfecto el color á cualquier diente aplicado por variado que sea su matiz.

Su utilidad es indiscutible por el hecho de inutilizarse un diente y no encontrarlo igual ni en nuestro surtido ni en los depósitos, y aunque este trabajo no tuviera otro efecto que suplir una falta provisional y arreglar de momento cualquier accidente que ocurra en el taller, es bastante para considerar que es útil.

Pero si en las grandes capitales que tenemos depósitos de artículos dentales es útil, ¿que no será en aquellos pueblos ó ciudades retiradas de los grandes centros?

Considero mi obra imperfecta como trabajo humano, pero tengo la seguridad de que la falta que tenga, será suplida con creces por todos aquellos amantes y entusiastas de nuestro arte que les agrada ensayar procedimientos nuevos.

EL SILENCIO ES ORO

Un proverbio afirma que el silencio es de oro y la cirugía añade que es todavía mejor. Esto resulta de una comunicación presentada no hace mucho tiempo á la Sociedad de ginecología holandesa por el distinguido ginecólogo M. Méndez de León.

La palabra, dice, es séptica. Es muy peligroso hablar durante una operación cualquiera que sea. La razón es evidente. Hablar, es correr el riesgo de proyectar sobre el campo operatorio microbios con las partículas de saliva, de infectar, por consiguiente, la herida y hacer que sean completamente inútiles todas las buenas y minuciosas precauciones de asepsia que los cirujanos se exigen á ellos mismos y á sus ayudantes. Este riesgo no es imaginario y lo prueba la experiencia del Sr. Méndez de León.

Delante de una placa de *agar-agar* habló 300 palabras y colocó dicha placa en condiciones favorables para la multiplicación de los microbios que se pudiesen encontrar. Resultado: la placa dió 250.000 de microbios, siendo la mayoría estreptococus y estafilococus.

Después de esta prueba, el cirujano holandés ha tomado la costumbre de operar con una mascarilla delante de la boca, cuya mascarilla se compone de huata entre dos alambre, de manera que puedan pasar el aire y la palabra y retenga los microbios. Algunos se enjuagan la boca con una solución antiséptica antes de empezar la operación, pero la mascarilla es mucho mejor.

El ideal sería que el operador no abriese la boca durante la operación, pero esto es imposible. Desde entonces, partiendo del principio que el silencio es oro y aséptico á la vez, porque la palabra es séptica, los cirujanos harán muy bien en imitar al

cirujano holandés para evitar una contaminación involuntaria que se puede producir con la mayor facilidad.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión clínica —29 de Enero de 1904.

El 29 de Enero último celebró sesión clínica esta Sociedad en el local de la Compañía Dental Española. Encargado de ella el Sr. Aguilar, dió una demostración práctica sobre las coronas de León Williams, preparando y tratando al efecto en un enfermo la raiz de un incisivo superior muerto. Esta corona consiste en una chapita de platino con su espiga que se adapta perfectamente á la raiz previamente preparada, por medio del martillo de mano, formando una ligera banda por la parte posterior. En su centro, y alrededor de la espiga, lleva una especie de tubo que se incrusta en una ranura hecha en la raiz con unos taladros cuyo tamaño coincide exactamente con el diámetro del tubo, teniendo de esta manera un buen ajuste y dando así gran fuerza á la espiga. Ajustada la chapa de este modo, se coloca en el otro extremo de la espiga la porcelana por el método corriente, quedando de esta manera terminado el trabajo.

El Sr. Aguilar llevó á efecto esta serie de operaciones con la especial habilidad á que nos tiene acostumbrados, dando lugar, no sólo á utilísimas enseñanzas, sino á interesantes discusiones á las que cada cual aporta sus conocimientos.

Los Sres. Subirana, Losada y Tirso Pérez acreditaron esto último al tratar de las ventajas é inconvenientes de tales coronas comparándolas con los otros sistemas conocidos, reasumiendo el Sr. Aguilar que se mostró decidido partidario del procedimiento para determinados casos.

Fué muy felicitado, así como los señores que terciaron en la discusión.

Sesión del 19 de Febrero.

CONFERENCIA DEL DR. ESPINA

Dedicada la sesión á una conferencia del Dr. Espina y Capo sobre *Importancia de la boca en la profilaxis de la tuberculosis*, abrióse á las diez con asistencia de gran número de socios y abundante público.

Concedida la palabra desde luego á dicho señor, comenzó por algunas frases de atención hacia la Sociedad y su Junta directiva y en un elocuente exordio hizo ver la gran importancia de la cavidad bucal, considerándola como frontera avanzada del organismo y describiendo sus partes, por cuya importancia, dijo encontrar ancho campo en ella para tratar el tema, en esta época en la que se impone el esfuerzo de todos en la lucha contra la tuberculosis, lucha á la que el conferenciante viene dedicándose desde hace treinta años.

Considerada la boca como la principal puerta de entrada de la infección tuberculosa, entró de lleno en el tema considerando dicha cavidad en dos partes, como aparato de la digestión y como aparato de la respiración.

En el primer concepto, es importantísimo esté en completo estado de salud para ejercer una excelente masticación, toda vez que la nutrición es el principal medio de resistencia contra la tuberculosis y esta no podrá verificarse bien si aquella no es perfecta. La expulsión de los resíduos en forma de esputo del tuberculoso, es un punto importantísimo, pues á su paso por la boca, si ésta no está límpia y cuidada, se reanidan y se producen cultivos puros de microbios tuberculosos, que al ser expelidos constituyen una verdadera siembra amenazadora para la sociedad. El simple beso á los niños, el aliento mismo, todo es un peligro en las bocas súcias llenas de rincones, verdaderos nidos que constituyen un campo, el más propicio para el desarrollo de gérmenes. De aquí esta gran importancia, no sólo para la higiene individual, sino quizá más aún para la higiene social.

Como ingreso del aparato respiratorio, las bocas de los desdentados son consideradas por el disertante como puertas abiertas al catarro desde el momento que les falta la oclusión más perfecta, que es la de los dientes y la boca no ofrece las defensas que la nariz para impedir la entrada á la infección.

Considera las manos, la boca y la nariz, como los tres órganos que mayor limpieza exigen y por esto el aseo de la segunda no debe ser de pura estética, sino higiénico y practicado frecuentemente por personas inteligentes, usando colutorios cuya composición no debe ser indiferente y sí adaptada á cada caso y de temple en consonancia con la temperatura del cuerpo humano.

La distribución de los alimentos en las comidas, no pasando bruscamente de los muy calientes á los muy frios ó viceversa, la masticación por igual por ambos lados, que exige la buena conservación de los arcos dentarios, el evitar las hemorragias post-operatorias que pueden constituir una puerta de entrada, como igualmente las agujas de las jeringas en las inyecciones sub-gingivales, el no abusar del esfuerzo que los músculos y los órganos dentarios pueden desarrollar para triturar cuerpos demasíado duros, el tratamiento ulterior á las avulsiones cuyas heridas pueden ser otros tantos accesos á la infección, la dirección de la dentición de los niños al extraer dientecitos que á su juicio son base muchas veces de lo que puede llamarse tuberculosis ósea infantil, y las relaciones de la boca con el aparato auditivo, son puntos explicados muy al detalle por el disertante.

Respecto á la tuberculosis puramente bucal, deben observarse sus primeros pasos cuando se halle localizada y antes que pase á otros órganos más importantes, por lo cual, antes de toda operación dentaria se impone un diagnóstico por si hay naturaleza tuberculosa en una caries dentaria, desterrarla. El dentista, juzga está obligado á combatir esto por todos los medios.

La dificultad de la alimentación en los individuos descuidados, trae en pos de sí afecciones tuberculosas de la lengua, en cuyo órgano casi siempre es secundaria su aparición, y el hecho de que esta aparición sea generalmente en los bordes, induce á pensar proceda de una inoculación verificada por los dientes en mal estado.

Termina calificando á la boca como un centinela avanzado de nuestra salud y sobre todo de las afecciones tuberculosas, considerando su descuido como un grandísimo peligro, de fuera á dentro para el individuo y de dentro á fuera para la sociedad; lo cual basta para considerar su grandísima importancia en la profilaxia de la tuberculosis y excitando á la profesión dental moderna de especialísima importancia hoy, para que ayude con sus eficaces fuerzas á esa lucha contra la terrible enfermedad que en España tantas víctimas produce.

Dirige también frases de afecto y de entusiasta apoyo á la Sociedad Odontológica y termina entre nutridos aplausos de toda la concurrencia.

El Sr. Presidente (Aguilar), llevando la voz de la Sociedad,

dirige un afectuoso saludo al Dr. Espina, cuyos meritísimos trabajos contra la tuberculosis ensalza grandemente y da las gracias en nombre de aquella por el concurso valiosísimo que con su conferencia le ha prestado el citado doctor.

Este pronuncia á su vez algunas palabras de agradecimiento por tan afectuosa acogida, que considera más hija de la amistad que de sus méritos personales y entre aplausos se levanta la sesión á las once de la noche.

Comisión de asuntos profesionales.

Esta Comisión se reunió en pleno la noche del día 1.° del corriente mes, leyéndose varias cartas recibidas de los señores Martra, de Reus; Secret, de Palma; González, de Valencia; Lobo, de Puerto Real; González, de Logroño, y Ruíz, de Torrelavega, consultando varios asuntos relacionados con el intrusismo y lamentándose del desarrollo de éste en sus respectivas residencias. Se acordó contestar informando favorablemente á la mayoría y ofreciendo secundar aquí las gestiones emprendidas por algunos de dichos señores.

En vista de que algunas de las cartas abogan por el restablecimiento de los subdelegados-dentistas, y comprendiendo la Comisión que dado el desarrollo del intrusismo sería un medio muy eficaz y conveniente para acabar con él la existencia de dichos funcionarios, se acordó gestionar se restablezcan ó se creen dichas plazas, á cuyo efecto fué comisionado nuestro Director Sr. Aguilar para dar los primeros pasos acerca del asunto en las esferas oficiales.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE GUIPÚZCOA

El día 24 de Enero celebró sesión esta Sociedad. La falta de espacio nos impide publicar en extenso detalles de esta importante sesión, en la que se dió lectura á una notable monografía del Presidente D. Hipólito Lobato sobre «Relaciones de la Prótesis dental con la ciencia antropométrica», proponiendo que el sistema de odontometría se adopte como medio sencillo, rápido y eficaz, para reconocer é identificar á los criminales con preferencia á los métodos que actualmente se emplean en los gabinetes antropométricos de nuestras prisiones. El Sr. Lo-

las ventajas que este método ofrece sobre las mediciones del sistema Bertillon.

En el número próximo de LA ODONTOLOGÍA publicaremos este interesante discurso que por exceso de original no cabe en el presente.

En la misma sesión se trató además, entre otros, de los siguientes asuntos:

Pedir á los Ayuntamientos respectivos de los pueblos de la provincia, la lista de pobres para la asistencia gratuita de servicios odontológicos.

Se aprobaron las cuentas presentadas por el Tesorero.

Se acordó la expulsión de la Sociedad de dos socios por la desconsideración con que habían procedido en determinado asunto.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE VIZCAYA

El 15 de Enero celebró esta Sociedad su primera sesión práctica estando á cargo del Dr. Goodwin Edwards; asistieron casi todos los socios y se verificó en el laboratorio del Sr. Larrazabal.

El Presidente Sr. Otaola.—Señores: La Sociedad Odontológica de Vizcaya celebra hoy su primera sesión práctica tratándose de un asunto tan interesante como son las obturaciones de porcelana, con las cuales están ya familiarizados los jóvenes dentistas y de los cuales dijo un ilustre dentista de París que son *los empastes del porvenir,* y en los Congresos he tenido ocasión de ver que los sillones más favorecidos por el público eran aquéllos donde se hacían estas demostraciones, y si interesante es el trabajo que se va á ejecutar, lo es mucho más por el conferenciante Sr. Edwards, cuya habilidad y destreza en esta clase de trabajos, reconocida por todos, vais á verle demostrar esta noche. Pero antes me voy á permitir, contando con vuestra benevolencia, hacer una breve reseña de los trabajos que se han hecho hasta crear la técnica y vulgarizar el empleo de la porcelana en obturaciones dentales.

En medio de un número incalculable de procedimientos de obturación que conocemos, orificaciones, amalgamas, cementos y sus numerosas combinaciones, todos los autores y prácticos, dejando á un lado la solución del problema de encontrar una

para obturar las cavidades y nada más, dejando completamente olvidada la cuestión de estética.

Es desde el año 1879 cuando empieza verdaderamente á pensarse en este asunto, debido á un discurso de Mr. Espence Bale, Presidente de la Asociación de los Comités occidentales de Inglaterra, en el que tratando de las obturaciones, dice que hay que buscar una obturación práctica que se acerque en todo lo posible á la estética.

En los principios de mi carrera recuerdo, señores, que leí una carta del Dr. Martín de Lyon que me produjo impresión por lo que retengo todavía en mi memoria, decía: si los fabricantes de dientes artificiales nos quisieran surtir de secciones de dientes minerales, llegaríamos á restaurar el diente natural de la manera más perfecta.

Desde aquí es cuando empiezan los verdaderos trabajos, debiendo añadir que la cerámica ha ayudado mucho á la solución del problema.

Mr. E. Felum, de Noruega, empieza á hacer la reconstitución de los incisivos con piezas de esmalte animal y los molares con secciones de dientes artificiales, á los cuales les dejaba los crampones.

En 1880, M. Emile Boivin hace cilindros para obturar los dientes; desgraciadamente todos los ensayos que se hicieron en esta época desaparecieron sin dejar rastro alguno.

Aquí empieza también á estudiarse un nuevo método de obturación, ó sea el de adaptación de piezas ajustadas y empieza á tomar cuerpo la idea del Dr. Martín, debiendo citar numerosas experiencias de Richard-Chauvin en la adaptación de bloques ó secciones de dientes artificiales.

De 1880 á 1887 aparece un notable trabajo de Michel Zancoff acerca de un procedimiento de esmalte á las placas de platino que dió mucha luz á la cuestión que se trataba de resolver.

Después aparece un brillante artículo de M. Edmond Kells, que apropósito de una porción de interesantes experiencias dice: Todas estas obturaciones, oro, estaño, cobre, amalgama, oxifosfatos y oxicloruros son excelentes conductores del calor. Sólo la obturación de esmalte es un perfecto protector contra las influencias térmicas.

En 1889 aparece el Dr. Herbst, de Bremen, con su proce-

dimiento del vidrio fundido, y Guerini, de Nápoles, que emplea fragmentos de coral para los empastes de los dientes.

En América se siguen también con la misma fiebre los trabajos para el descubrimiento de una materia obturadora perfecta, y entre otros, Thomas Fletcher dice que un empaste ideal no puede ser metálico, y tratando de la necesidad de un empaste traslúcido dice: aquel de entre nosotros que descubra esta substancia de obturación deberá ser considerado como el mayor bienhechor de la profesión.

En otro artículo, Fletcher llega á ofrecer un premio de 25.000 francos y otros beneficios á aquel que resuelva el problema, debiendo advertir que él empleó mucho tiempo é hizo numerosos trabajos para encontrar la obturación ideal, la materia traslúcida.

Abandonemos los metales y las pastas, dice el Dr. Richter, que busca también la manera de dotar á la profesión de un procedimiento suyo empleando el vidrio como obturante, pero desgraciadamente no tiene ventaja alguna, pues el vidrio no ofrece resistencia alguna y no permite el empleo de la piedra para darle forma y menos para volver á pulir.

El método de Herbst es con poca diferencia semejante al de Richter, sólo que Herbst emplea el vidrio de Venecia, y Richter el vidrio ordinario.

Los resultados presentan los mismos inconvenientes bajo el punto de vista de la historia.

Tres puntos ó problemas quedaban por resolver á fin de obtener un resultado perfecto: 1.° Una porcelana sólida y de color fijo. 2.° Un horno práctico que se pudiese tener en el taller capaz de fundir esta porcelana. Y 3.° Un método de impresión para sacar la reproducción exacta de la cavidad. Hoy estos tres puntos están resueltos y no me voy á detener en explicar la técnica operatoria, porque el Dr. Edwards nos lo va á explicar teórica y prácticamente por los grandes conocimientos que posee sobre este asunto. El Dr. Edwards tiene la palabra.

El Dr. Goodwin Edwards explicó la diferencia que existe entre las porcelanas de alta y baja fusión; emplea el material Jenkins de baja fusión que tiene sobre el material Allen's de alta fusión la ventaja de la rapidez, señalando el inconveniente de vitrificarse el esmalte de Jenkins si pasa un punto más de la fusión, necesitando para ello alguna práctica.

Hizo dos incrustaciones empleando el horno Mitchell con enchufe de bombilla tardando en la operacióu unos treinta minutos, teniendo la cavidad preparada de antemano; el tiempo de fusión fué de dos minutos.

El primer bloque lo hizo en una cavidad distal de un incisivo lateral, y el otro en una cavidad labial de un canino superior. Los dos quedaron muy bien ajustados en sus bordes y perfectamente adaptados á la cavidad, siendo brillante el trabajo del Dr. Edwards.

El Dr. Edwards dió amplias explicaciones á las numerosas observaciones que le hicieron.

El Sr. Otaola, felicita al Dr. Edwards en nombre de la Sociedad por el interés que demuestra para la misma por su habilidad y sus grandes conocimientos y le da las gracias por su interesante comunicación.

Pide también á la Sociedad un voto de gracias para el señor Larrazabal por haber cedido su magnífico taller para estas comunicaciones en obsequio á la Sociedad y se levanta la sesión.

Todos los socios salieron sumamente complacidos del resultado de la misma.

La próxima práctica estará á cargo de D. Juan Larrazabal sobre «Coronas de porcelana sistema Richmond».

*
* *

El 25 de Enero celebró esta Sociedad su sesión ordinaria bajo la presidencia de D. Juan de Otaola, y con la asistencia de los Sres. Blasco, Edwards, Larrazabal, Laburu, Echave, García Orive y Ariño.

Se dió lectura por el Sr. Secretario de las actas de las sesiones celebradas hasta aquí siendo aprobadas.

Se dió cuenta de algunos asuntos de puro trámite; de una obra regalada á la Sociedad por su autor D. Francisco Ortiz, agradeciéndole y dándole las gracias y de un saludo que la Sociedad Odontológica Valenciana dirige á la Odontología española con motivo de un banquete celebrado por la misma.

Se discutió ampliamente acerca de la Memoria leída en la sesión inaugural, tomando parte activa en el debate el señor Blasco y casi todos los señores presentes, acordándose imprimir la Memoria suprimiendo algunos párrafos.

El Sr. Otaola presentó unas muestras del «Pasta-formol», cuya comunicación va en otro lugar de este número.

Habiendo transcurrido las horas reglamentarias se levantó la sesión.

En la próxima tomará parte el distinguido médico Dr. Zabala, que disertará sobre «Enfermedades de origen dental y en particular sobre la *pelada*».

UNIÓN DENTAL ESPAÑOLA

Esta Sociedad celebrará en el próximo mes de Mayo su II Exposición Odontológica Española que constará de tres secciones: *Trabajos teóricos, Trabajos protésicos y Trabajos químicos* con los siguientes premios: Medalla de oro, de plata y mención honorífica en la primera sección. Medalla de oro, de plata y dos menciones honoríficas en la segunda sección. Medalla de oro y de plata en la tercera sección.

Las bases son las siguientes:

II EXPOSICIÓN ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

MAYO DE 1904

REGLAMENTO

Artículo 1.° La Unión Dental Española celebrará en 1904 la segunda Exposición de trabajos científicos, protésicos y químicos.

Art. 2.° Se concederán nueve premios: tres para memorias y comunicaciones; cuatro para trabajos protésicos y dos para preparados químicos.

Art. 3.° No podrán presentarse más trabajos que los que hayan sido hechos expresamente para esta Esposición.

Art. 3.° Dichos trabajos serán entregados ó remitidos por correo al Secretario de esta Comisión, D. Miguel A. Bernabeu, Caballero de Gracia, 39, en Madrid.

Art. 5.° Todos los trabajos se remitirán con un lema, y en un sobre cerrado, en cuya cubierta se escriba el mismo lema, irá el nombre y domicilio del autor; el tema ó asunto queda á su elección.

Art. 6.° No podrán tomar parte en la Exposición más que los socios en Madrid de la Unión Dental y corresponsales; sin embargo, los demás dentistas pueden presentar obras sin opción á premio, si para ello han sido invitados por esta Comisión.

Art. 7.° La Exposición se celebrará en la primera quincena del mes de Mayo próximo y en el local de la Unión Escolar, Costanilla de los Angeles, 1.

Art. 8.° Formarán el Jurado los Sres. D. Rafael Serrano, Presidente; D. Manuel Cuzzani, Secretario, y D. N. N., Vicesecretario.

Art. 9.° El fallo del Jurado es irrevocable.

Art. adicional. Los trabajos son propiedad de sus autores, quienes pueden cederlos á la Unión Dental Española, si esa es su voluntad.

VISITA REGIA

El día 22 visitó el departamento de Odontología de la Facultad de Medicina, S. A. R. el Príncipe D. Luis Fernando de Baviera.

El esposo de la Infanta D.ª Paz es un cirujano eminentísimo, que por entusiasmo científico ejerce la medicina en Munich, donde ha instalado de su propio peculio un hospital en que encuentran asistencia gratuita los pobres enfermos de afecciones quirúrgicas que el Príncipe opera. Sus aficiones médicas le han llevado á escribir algunas obras originales y á realizar trabajos de investigación científica que le han valido un nombre respetable entre los biológos eminentes. Durante su estancia en Madrid ha visitado algunas instituciones médicas, y en el Instituto Rubio, en el Hospital Militar y en el Hospital de la Princesa, el Príncipe Fernando ha practicado diversas operaciones, entre ellas algunas laparatomías, siendo unánimemente elogiado por su destreza y habilidad operatoria.

Antes de regresar á Munich quiso el Príncipe, aceptando la invitación del Profesor de Odontología Sr. Aguilar, visitar el departamento de esta enseñanza en la Facultad de Medicina.

A las diez de la mañana, y cuando en el local trabajaban los alumnos en los numerosos enfermos que allí acuden diariamente, llegó D. Luis Fernando á la Sala de clínica acompañado del Decano de la Facultad Dr. Calleja, el Dr. Camisón y numerosos profesores y estudiantes del Colegio de San Carlos.

Con su amabilidad proverbial, el Príncipe saludó á todos y con gran detenimiento fué viendo los enfermos que estaban en tratamiento; examinó todos los detalles de la instalación, miró las piezas y modelos del pequeño museo odontológico allí instalado y se hizo explicar por el Sr. Aguilar el procedimiento de enseñanza que se emplea con los alumnos.

Al terminar la visita felicitó muy calurosamente al Profesor del departamento D. Florestán Aguilar y á los auxiliares don Arturo López Alonso y D. Conrado López Pujalte por el buen orden y aspecto de la Clínica, y seguido del señor Decano y su acompañamiento pasó á visitar los laboratorios y otras dependencias de la Facultad de Medicina.

MAS SOBRE EL LIBRO "O DENTISTA MODERNO,,

Creemos del mayor interés para nuestros lectores, el juicio que de la obra de nuestro querido amigo el Sr. Ortiz hace la *Revista Ibero-Americana de ciencias médicas* en su último número, juicio que lleva envueltos otros muy laudables para nuestra profesión y para algunas de sus personalidades.

Algunas pequeñas inexactitudes de detalle, hijas naturales de quien no puede estar en el fondo de estas cosas, no serán obstáculo para que nuestros compañeros saboreen dichas líneas que transcribimos á continuación:

Si consideramos que en la sociedad romana, predecesora de la nuestra la Medicina fué ejercida por esclavos griegos y lograron ascender á caballeros romanos; que la cirugía moderna, tan respetable y respetada por todos en la persona de sus conspicuos cultivadores, tuvo por ascendientes en su ejercicio á los humildes barberos, no ha de extrañarnos que á los sacamuelas hayan sucedido en estos tiempos unos profesores odontólogos respetables por su ciencia y por su habilidad como especialistas. Y se vislumbra la época en que esa especialidad ingrese triunfalmente en la Medicina y Cirugía generales, cual una rama robusta, florida y floreciente. No se opone á ello lo que los dentistas denominan «mecánica». Estamos casi en la plenitud de los tiempos de la blusa sustituyendo en el taller y en el laboratorio á la niveladora americana, á la elegante levita inglesa y al frac presuntuoso y dócil (pues tanto se presta á cubrir al aristócrata como á su mozo de comedor). La mecánica dental no es, ni puede ser, obstáculo para el ejercicio de la odontología por los médicos. Que aprendan la odontotécnica protésica, y se dediquen á ella cuantos tengan vocación y dotes para su ejercicio; trabajen en el tallér, y llámenlo Laboratorio (si quieren que les suene mejor el nombre).

Entre tanto, hagamos constar que no han necesitado los dentistas ser médicos para haber cultivado científica y artísticamente su especialidad de una manera que les honra y enaltece en alto grado. Ese fecundo movimiento tardó en propagarse a España; pero, por fin, penetró en nuestra patria. Tenemos en la actualidad odontólogos, de los cuales se puede estar satisfecho y con orgullo. Saben y valen como sus colegas de otros países; su labor es concienzuda, progresiva, moderna y útil. ¿Que les falta la borla doctoral? ¿Para qué? ¡Cubre tantas molleras vacías! Si pido la inclusión de sus estudios en los de la Facultad de Medicina, no es mirando á la toga, á la muceta y al birrete, con borla ó sin ella; sino porque en el organismo humano no existe la autonomía de la boca, de los ojos, de los oídos, etc., aunque por distribución económica del trabajo haya de especializarse la tarea de cada profesor. De modo que no se trata de absorciones profesionales ni de bambollas académi-

cas: se trata de la unidad orgánica del hombre sano ó enfermo, unidad real que se impone á todos.

La obrita del Sr. Ortiz Gálvez, correctamente escrita en portugués, versa, ante todo, acerca de la enseñanza científica y técnica en las Escuelas de Odontología (proponiendo por su parte el autor un acertado programa de estudios) y acerca de muchos errores vulgares perjudicialísimos referentes á higiene y profilaxia de los órganos bucales. Por un lado, dirige su autorizada voz al Gobierno y á las Facultades médicas de Portugal; por otro, populariza nociones que destruyan aquellos errores antedichos. De suerte que es un libro de alta y baja propaganda seria, para los poderes y para el público, revelando muy buen sentido prático y conocimientos sólidos.

Es de admirar que la odontología moderna se haya hecho no sólo sin auxilios ni estímulos oficiales, sino meramente por el esfuerzo privado de individuos y asociaciones libres. El Estado va á la zaga de los esfuerzos particulares, cuando no los contraría con su estúpida indiferencia ó con una intervención todavía más estúpida. En España, sin la inteligencia, la energía y la constancia de un pequeño grupo de profesores dentistas, noblemente seguidos por sus dignos colegas, no se hubiera conseguido dar los primeros pasos para llegar á nivelarnos con los extranjeros. De mí sé decir que admiro la labor de los Aguilar, Boniquet, Losada, Pérez, Subirana, Triviño y demás insignes dentistas españoles, que han iniciado la reforma de la enseñanza, una prensa profesional muy estimable, una representación muy honrosa de su clase en los Congresos, una robusta vida científica en sus Sociedades, una práctica llena de ingenio y severidad en sus gabinetes, y un papel muy decoroso en la sociedad contemporánea.

Nuestro compatriota el Sr. Ortiz Gálvez demuestra pertenecer á ese escogido núcleo de profesores odontólogos, honrando á la ciencia y á la patria en Lisboa, como el ilustre Oscar Amoedo las enaltece en París.

Aprovecho esta oportunidad para felicitar á todos por sus meritorias empresas, que seguimos con mirada simpática cuantos médicos llegamos á conocerlas á fondo. La Revista ha publicado trabajos como los de los Dres. Lagleyze y Mascort, para aportar su contingente á la nueva odontología española é ibero-americana. Son páginas que ostentamos con legítima satisfacción, como títulos de nobleza bien adquiridos.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía científica.—Acaba de publicarse por la librería J. B. Bailliére é hijos de París, un *Catálogo general de libros de ciencias* comprendiendo la descripción detallada por orden alfabético de autores, de próximamente 5.000 obras de medicina, historia natural, agricultura, veterinaria, física, química, tecnología, industria, etc., con la fecha de publicación, tamaño, número de páginas, de figuras y de planchas. Una

tabla metódica de 17 págs. dá la indicación de los principales autores que han escrito sobre más de 1.500 asuntos referentes á las distintas ciencias.

Esta bibliografía, indispensable á todos los hombres científicos, será enviada gratis y franco de porte á todos los lectores de esta revista que hagan la demanda á MM. J. B. Bailliére, 19, rue Hautefeuille, á París por carta postal con respuesta pagada.

RECETAS Y CONSEJOS

Desinfección de las manos.—Calvello, médico italiano, en vista de los inconvenientes ó de la poca eficacia de los desinfectantes usados para conseguir la desinfección de las manos, ha estudiado los que más valgan y ha acabado aconsejando el lavado con una emulsión en la que entran:

Esencia de canela.....	9 por 100
— de tomillo.....	12 —
— de geranio.....	18 —

Como estas esencias forman parte del agua de colonia, este líquido debe tener las mismas propiedades.

Los experimentos fueron hechos embadurnando las manos de estafilococos y colibacilos, de los cuales no quedó vestigio alguno después del lavado.—(*Clínica Moderna.*)

Curación rápida del muguet.—El tratamiento usado por Merletti tiene de nuevo el asociar dos medicamentos empleados aisladamente con buen éxito; el agua oxigenada y una solución de borato sódico al 5 por 100. El efecto, sin duda, es debido al desprendimiento de O naciente.

Las aplicaciones se hacen rápidamente con una pluma larga tres veces al día. Hasta en los casos graves, de vegetaciones confluentes, el hongo es destruído en dos ó tres días. En los incipientes, la cura obra como *abortivo*, bastando tocar dos ó tres veces para obtener la curación.

Nuevo anestésico local.—El anestésico local que preconiza Bonnard es una mezcla de nirvanina y de cocaína preparada de tal suerte que una jeringa de un centímetro cúbico contiene: 2 milígramos de clorhidrato de cocaína y 5 milígramos de nirvanina. La fórmula para 50 c.c. es la siguiente:

Clorhidrato de cocaína.....	10 centigramos.
Nirvanina.....	10 centigramos.
Eugenol.....	1 gota.
Agua esterilizada.....	50 centigramos c.

Esta solución se conserva sin alterarse.

Bonnard practica la inyección horizontalmente en el rodete gingival; la penetración es lenta é indolora. Si la inyección ó las inyecciones se han hecho muy lentamente se puede operar inmediatamente después de la última picadura; en el caso contrario se aguarda dos ó tres minutos.

para realizar la extracción. La poca toxicidad de la solución permite multiplicar las inyecciones sin miedo alguno.—(*Clínica Moderna.*)

Pasta de formaldehído.—Mézclese perfectamente 15 granos de hidroclorato de cocaína y 15 de timolina; añádasele 10 gotas de formaldeído y hágase una pasta con 30 granos de óxido de zinc. Consérvese tapado en un frasco de tapón esmerilado dando aceite á la unión, tanto para excluir el aire como para evitar que la pasta pegue el tapón del frasco.

Se usa la pasta para el relleno de canales enrollando fibra de algodón ó seda en la sonda, mojándolo en la pasta y rellenando el canal. En caso que toda la pulpa no pueda quitarse del canal, no hay temor si se usa este relleno.—(*Dental Digest*)

Hiperestesia en los cuellos de los dientes. — Hágase una aplicación de potasio en glicerina. No sabemos quien dió origen á este tratamiento, pero ha resultado de gran efecto y no mancha como sucede con el nitrato de plata. Aplíquese cuantas veces se crea necesario hasta que desaparezca la sensibilidad.—(*Dental Review.*)

Pulimento de incrustaciones de porcelana.—Se obtiene tan buen brillo como en el oro ú otros metales, pasando después de tallada papel lija y después un disco muy fino de esmeril. Seguidamente se pasa una masa de óxido de estaño para dar lustre, y con pulidores de madera se obtiene un pulimento y una brillantez como la que pudiera obtenerse en el horno. Esto ofrece la ventaja de que las incrustaciones puedan tallarse cuanto sea preciso sin miedo á que queden mates en el sitio donde se haya verificado el desgaste.—(*Dental Review.*)

Compostura de planchas de caucho rotas.—El Dr. O. D. Flanagan indica el siguiente método para componer las planchas de caucho. Después de unidas con cera las partes rotas, puesta en escayola la plancha, quitada después de dura y preparado el caucho viejo para recibir el nuevo, se pone la plancha en el molde y se amarra á él fuertemente con alambre. Hecho esto, puede cargarse el caucho caliente fuera de la mufla, colocando después en ésta el molde y la pieza y llenándola de escayola. Esto abrevia el procedimiento evitando el echar la mitad superior de la coquilla, quitar la cera y cerrar aquella de nuevo.

El autor ha llegado á sustituir por este medio toda la porción del paladar de una pieza superior.

Modo de mezclar la amalgama.—Póngase en la palma de la mano un pedazo de *rubberdam* y sobre este colóquese la aleación y el mercurio.

Cójanse los bordes de la goma y dóblense del mismo modo que una piel de gamuza se usaría para el mismo objeto.

Sujétese la porción doblada de la goma con una mano, póngase la parte que contiene el mercurio y la aleación contra una superficie plana y lisa y enróllese vigorosamente con la otra mano.

Las ventajas de este método se comprenderán cuando se pruebe.—(Dr. R. L. Graber, *Dental Office and Laboratory.*)

Modo de evitar las burbujas de aire en la escayola.—Se sumerge la parte inferior de la coquilla en agua durante unos cuantos minutos antes de llenar la mitad superior y así se evitan las burbujas de aire en la escayola.—(W. A. BROWNLEE, *Dominiun Dental Journal*).

HOJAS SUELTAS

Huéspedes.—Hemos tenido el gusto de saludar por haberlo sido nuestros durante las pasadas fiestas de carnaval, á nuestros queridos compañeros de Coruña y San Sebastián, Sres. Mitchell y Valderrama (don Antonio).

Delegados.—Han sido nombrados Delegados de la Sociedad Odontológica de Guipúzcoa para el Congreso de San Luis, los Sres. D. Florestán Aguilar y D. Jaime D. Losada.

Sociedad Odontológica Valenciana. — Recientemente se reunieron los individuos de esta Sociedad en fraternal banquete, en el que se brindó por la prosperidad de la ciencia odontológica y por la de la Sociedad Valenciana.

También se ha verificado la renovación de su Junta directiva en la siguiente forma: Presidente, D. Asensio Gómez; Secretario, D. Juan de Dios Martí; Tesorero, D. Pablo Sánchez; Vocales, D. José Vilar y don Virginio Cerdá.

Concurso médico.—La *Revista de Especialidades Médicas,* que con tanto acierto dirige el especialista en oídos, nariz y garganta Dr. Fons, abre un concurso en el que podrán tomar parte los alumnos de todas las Facultades de Medicina de España.

La elección de asunto es libre, con tal que el trabajo no exceda de cuatro páginas de dicha revista.

Los artículos publicables darán derecho á sus autores á recibir gratuítamente durante 1904 el periódico.

El premio consistirá en el pago de los derechos de matrícula, examen de todas las asignaturas comprendidas en el curso siguiente al que estudie el alumno premiado, ó si éste lo prefiere, en el envío certificado y gratuíto de la Biblioteca de la Revista, que comprende, entre otros libros no menos interesantes, todas las obras de Letamendi.

La nota original del concurso la constituirán la forma de adjudicación del premio. Será por sufragio entre los concurrentes, que *no podrán votarse á sí mismos.*

Para más detalles, véase el último número de la Revista.

Dentista para el emperador de Corea.—Se ha anunciado en Berlín el deseo del Emperador de Corea de tener á su servicio un dentista titulado de Alemania.

Las obligaciones del elegido consistirán en tener una hora de con-

sulta en palacio por semana, concediéndosele dos meses de licencia al año.

Cobrará mensualmente, en remuneración de sus servicios, 300 yen como sueldo y 30 por gastos de habitación y 50 para entretenimiento del laboratorio.

Se le concederán, además, 1.000 yens para viajes de idá y vuelta, y 4.000 qara adquisión de instrumental.

El yen equivale próximamente á cinco pesetas de nuestra moneda.

El contrato obligará por dos años.

Necrología.—En los días medios del corriente mes rindió su tributo á la muerte en Sevilla, donde ejercía la profesión, nuestro estimado compañero D. Rafael Fernández y González, esposo de doña Matilde Cardoso y padre de D. Rafael Fernández Cardoso, ambos pertenecientes también á nuestra carrera. A su afligida esposa, persona muy conocida y estimada en la profesión, como así mismo á su hijo, acompañamos muy sinceramente en su justo dolor por pérdida tan sensible.

—También el día 3 del corriente falleció en Córdoba D. José Miranda y Fernández que desde largo tiempo venía ejerciendo en dicha capital, aunque algo retirado en estos últimos tiempos por dolencias físicas. Excusamos decir á su hijo D. José, también estimable compañero nuestro, la participación que en su pena tomamos.

El mejor dentífrico según los tribunales.—Dos mujeres comparecen ante el Tribunal correccional de París bajo la inculpación de robo en un gran almacén de donde han sustraído dos frascos de *agua dentífrica*. Inmediatamente después del interrogatorio, el presidente M. Fournel da á las inculpadas el siguiente consejo: «Si en vez de robar dentífricos usarais para limpiar vuestros dientes el jabón de Marsella, por ser mejor y más barato, no os incitaría al robo». Después de esta recomendación, que constituye un caso de *ejercicio ilegal de la Medicina*, M. Fournel condenó á las dos á quince días de prisión.

Dentistas militares en los Estados Unidos.—Tomamos los siguientes datos de la Memoria del Jefe del servicio de sanidad de la armada en los Estados Unidos sobre el funcionamiento del cuerpo de cirujanos dentistas militares durante el año 1902.

Treinta cirujanos dentistas estaban en el servicio el 30 de Junio de 1902, máximo fijado por la ley de 2 de Febrero de 1901, doce de ellos en los Estados Unidos y dieciocho en las Islas Filipinas. El número de soldados tratados en ambos países fué de 16.102 con 49.483 operaciones. Las enfermedades de la boca y de los dientes tratadas fueron debidas principalmente á la fatiga moral y física excesiva. Se repartió una instrucción á todos los soldados sobre la necesidad de cuidarse la boca y los dientes.

Trabajo del corazón humano.—El corazón humano es prácticamente una bomba de 0m15, poco más ó menos, por 0m10 de anchura. Esta bomba funciona unas 70 veces por minuto, 4.200 veces por hora, 100.000 veces

por día, 36.792.000 veces por año y 2.575.440.000 de veces en 70 años. En cada uno de los latidos lanza, por término medio, un centenar de gramos de sangre, que entra en la circulación: de modo que tenemos 7 litros por minuto, 420 litros por hora y 10 toneladas por día. La cantidad de sangre contenida en el cuerpo es de unos 28 litros, de manera que, como se infiere por la cuenta anterior, esta sangre pasa toda por el corazón cada 2 ó 3 minutos. Este pequeño órgano desarrolla al día una fuerza capaz de elevar 46 toneladas á un metro de altura.

Durante setenta años de la vida de un hombre, esta maravillosa bomba impulsa sin interrupción de día ni de noche la enorme masa de 250.000 metros cúbicos de sangre.

Una negra de 133 años.—Según la prensa de los Estados Unidos, en un Asilo de negros existe una mujer que acaba de celebrar el 133 aniversario de su nacimiento.

Esta negra disfruta todavía de una memoria maravillosa, y habla de los sucesos ocurridos en tiempos de Washington como si hubieran acaecido hace unos días.

Habiendo fallecido todos los miembros de su familia, la centenaria se refugió en el referido Asilo en el que goza de respeto general.

Con motivo de su aniversario, muchas personas la han visitado y ha recibido varios regalos, entre los cuales se cuentan algunas pipas y libras de tabaco, pues la viejecita fuma cigarro tras cigarro y continuamente se la ve con la pipa fija en un extremo de su boca. Marry MacDonald, que así se llama la centenaria, atribuye su larga vida precisamente al uso del tabaco.

Anuncio médico curioso del siglo XVIII en Granada.—«Ha llegado á esta ciudad el célebre químico D. Joseph Guerrero, Cirujano oculista y dentista, el que trae unos polvos para confortar la cabeza: cura la boca de toda debilidad, haciendo se coma por entrambos lados: limpia, emblanque, trasplanta y quita los Dientes, sobre-Dientes, raices y nacederas que molestan la boca, substituyendo Dientes, aunque postizos, firmes y estables, sin el más leve dolor. Trae el verdadero polvo de la Coralina para refirmar y emblanquecer los dientes: colirio para los ojos: Bálsamo para el Reumatismo: un específico con que borra las cicatrices: el polvo Etherio de nueva idea: remedio para el pelo y canas, y que renazca, no siendo en avanzada edad, destruyendo sin dolor Callos de raiz, Berrugas, Uñeros, Padrastros, las Manchas de la cara, como no sean de nación. Vive en la Placeta de S. Gil».

Rectificación.—Al dar cuenta en nuestro número de Diciembre del matrimonio de nuestro compañero de Figueras Sr. Viñas y Planas, equivocamos el nombre de la contrayente, diciendo D.ª Anastasia Planas, donde debimos decir D.ª María Bonavía.

Exceso de original.—De nuevo en el presente número, como verán nuestros lectores, el exceso de original nos ha obligado al aumento de ocho páginas sobre su texto ordinario.

D. JUAN DE OTAOLA

LA ODONTOLOGIA

Año XIII | Marzo 1904 | Número 3.

TRABAJOS ORIGINALES

PREPARACIÓN DE LA BOCA ANTES DE COLOCAR APARATOS PROTÉSICOS

por J. D. LOSADA

El tratamiento racional y adecuado de la boca antes del empleo de aparatos restauradores, tiene una importancia grandísima, que desgraciadamente algunos olvidan, siendo así, que de él depende en gran parte que las piezas protésicas llenen sus funciones, y el paciente pueda servirse de ellas sin la menor molestia y hasta olvidando que son artificiales.

Unicamente nos vamos á referir á los aparatos que tienen su apoyo sobre la mucosa, dejando para otra ocasión el tratar de los puentes en general.

En estado normal la mucosa que reviste las encías y el paladar, forma una especie de almohadillado denso y compuesto de un tejido fibroso y elástico que puede sin molestia alguna resistir una presión relativamente grande, siempre y cuando ésta se reparta por igual sobre una superficie proporcionada á la misma. Esta cualidad es la que sirve de base para la aplicación de placas protésicas, y nos es fácil deducir que la superficie cubierta por dichas placas, debe estar en relación con la presión que han de soportar.

Pero si la mucosa bucal no está en perfecta salud, las buenas condiciones antes mencionadas desaparecen, bastando una ligera inflamación ó una hiperemia para que su sensibilidad se exagere, produciendo dolor la más pequeña compresión; en vez de un tejido denso y elástico se vuelve fofo, con abultamientos irregulares debidos á la infiltración intercelular de la submucosa; el epitelio que la cubre se despega con facilidad, aplastándose al menor esfuerzo y desigualmente la mucosa.

En estas condiciones, la aplicación de aparatos exacerba el mal y retrasa su curación. Cuando la mucosa no está normal, no debe ni siquiera intentarse el tomar la impresión, confiando

que la boca se habrá curado para cuando esté el aparato concluido, aparato que nunca podrá sentar del todo bien, puesto que la superficie de la mucosa ha cambiado notablemente de cuando se tomó la impresión, y la placa, comprimiendo desigualmente, causará una reincidencia. Hacemos obsevar, que esto es de suma importancia, é indispensable esperar que la mucosa esté normal para tomar la impresión.

A menudo los clientes procuran influir en el ánimo del operador para que éste no lleve á cabo la preparación rigurosa, sobre todo, en lo que se refiere á extraer raíces perjudiciales, pero debemos insistir en lo que creemos que es racional, en la seguridad de que nuestro cliente será el primero en reconocer y agradecernos nuestro recto proceder.

La limpieza cuidadosa del sarro, la extracción de dientes y raíces inútiles y el restaurar la mucosa á su normalidad, constituye la base del tratamiento bucal en estos casos.

El sarro que con tanta frecuencia se deposita sobre el cuello de los dientes y debajo del borde libre de la encía, es la causa más común de la inflamación de ésta, llegando su poder destructor hasta hacer que desaparezca no sólo la encía sino el proceso alveolar, siendo por tanto indispensable quitarlo escrupulosamente.

Se puede sentar como axioma, que deben extraerse los dientes ó raíces afectos de enfermedades incurables, y que es mala práctica poner dientes artificiales sobre raíces que no estén perfectamente curadas, pues éstas, además del peligro de los trastornos inflamatorios que á menudo ocasionan, impiden muchas veces la perfecta adaptación de los aparatos, sobre todo por su alargamiento, que hace necesario se las lime con frecuencia.

En ciertos casos, es conveniente también sacrificar dientes, que si bien están sanos, por su colocación en la boca ó su viciosa posición dificultan la construcción del aparato y su debida adaptación. Pero hay que evitar con cuidado el caer en el opuesto extremo, y extraer al por mayor dientes que podrían seguir prestando buenos servicios muchos años. No debemos olvidar, que según demuestran las investigaciones de Black, el esfuerzo masticatorio que se puede hacer con las piezas mejor construídas, es muy inferior al hecho con los dientes naturales, pudiéndose con éstos obtener esfuerzos de cuatro á diez veces mayores que con aquéllas.

Además, los dientes naturales sirven para sujetar el aparato, permitiendo así dejar al descubierto la mayor parte del paladar y evitando también se mueva en la masticación. Por tanto, debemos pensar en estos extremos antes de extraer un diente, aun cuando esté atacado de alguna enfermedad, puesto que gracias á los medios terapéuticos que hoy día poseemos, se pueden curar y hacer útiles los que antes eran condenados.

Lo que no debemos dejar son esos raigones infectos ó esas puntas de los mismos que mantienen altamente inflamada la mucosa que los rodea, síntomas patológicos que se aumentan al colocar sobre ellos un aparato que los comprime. En muchos casos esos raigones son la puerta de entrada de infecciones que, extendiéndose por la red linfática, ocasionan graves trastornos en lejanas regiones.

Debemos hacer ver de un modo claro y firme las malas contingencias á que el cliente está expuesto no siguiendo nuestros consejos, pues tarde ó temprano esas raíces ocasionan dolores, impiden masticar y hay á la fuerza que extraerlas, cambiando entonces la encía por reabsorción, no sentando los aparatos y hasta á veces inutilizándose los mismos. Cuanto mejor es prever, y hacer á su tiempo las cosas.

Los cambios por cicatrización y reabsorción varían según los casos, siendo imposible fijar exactamente el tiempo que ha de pasar entre las extracciones y la construcción del aparato. Hay que tener en cuenta el número de éstas, el daño que para hacerlas se ha inferido á las partes duras y blandas y el estado de estas últimas al hacerse aquéllas. Los cambios que sufre la boca son muy marcados los primeros días, haciéndose gradualmente menos sensibles al poco tiempo, y siendo casi imperceptibles á las pocas semanas.

Cuando sólo se han extraído dientes monorradiculares, á los cuatro ó cinco días se puede tomar la impresión y hasta utilizarse cuando los dientes van tallados á la encía, las pequeñas depresiones de esta correspondientes á los alveolos, para en ellas meter, por decirlo así, los dientes artificiales que parecen entonces salir de la encía. Si las extracciones han sido múltiples ó hay inflamación á ellas debida, es conveniente dejar pasar por lo menos de dos á tres semanas. Y aún así, estos aparatos podrán considerarse en gran parte como provisionales, pues al cabo de

manera, que hará necesaria la construcción de nuevos aparatos ó la readaptación de los antiguos.

Puede activarse la reabsorción y aminorar sensiblemente el tiempo de espera quitando inmediatamente después de hacer la extracción y por medio de una legra ó con fresas grandes, las crestas alveolares ú otras porciones óseas que con el tiempo desaparecerían, facilitando así la obra de la naturaleza.

Puede decirse que, aunque poco, la boca está constantemente cambiando, sólo que como ya hemos indicado, este cambio es tan lento después de algún tiempo, que pasa desapercibido, no observándose sus efectos más que después de varios años. Esto también nos induce á conservar los dientes útiles, pues ayudan, por decirlo así, á contener la reabsorción de los territorios que los rodean. Las muelas, aunque estén aisladas, si están firmes deben conservarse, lo mismo las superiores que las inferiores y aún las bicúspides, máxime cuando tienen algún diente al lado; en cambio, los incisivos cuando están solos suele ser preferible quitarlos.

Generalmente basta la ablación del sarro y la extracción de dientes ó raíces enfermas para que la mucosa que estaba más ó menos inflamada recobre á los pocos días su normalidad; pero si esto no sucediese, puede facilitarse con el empleo de toques locales y de colutorios.

Los toques pueden ser de agentes antisépticos y astringentes, como la tintura de árnica, de mirra, ó si los queremos más enérgicos, una disolución de ácido crómico al 5 por 100, y en algunos casos de nitrato de plata al 1 por 100, teniendo cuidado de hacer enjuagar la boca inmediatamente después de la aplicación de estos dos últimos remedios; también la clásica mezcla de tintura de iodo y aconito produce buenos efectos. Los toques deben darse con una bolita de algodón sujeta con las pinzas ó con un poco de algodón arrollado en forma de bolita en la punta de un alambre de metal blanco, lo cual evita se estropeen los instrumentos; la bolita no debe ir muy cargada de líquido para evitar que este caiga á la lengua, se extienda por los carrillos ó por donde no debe.

Los colutorios son un auxiliar precioso, pues permiten que el cliente aplique frecuentemente los agentes medicamentosos, que, como en el caso anterior, deben ser asépticos y astringentes.

100, y sobre todo la de clorato potásico á la misma titulación y las dos juntas alternando.

Para los casos de inflamación de la mucosa solemos recomendar la siguiente fórmula que reune antisépticos y astringentes:

Acido benzóico.....	4	gramos.
Acido fénico.....	10	»
Alcohol.....	100	»
Tintura de eucaliptus.....	5	»
Esencia de menta piperita.....	1	»
Sacarina.....	1	»

M.

Esta fórmula se diluye en unas diez partes de agua, lo que fácilmente se obtiene echando en un vaso medio dedo de la solución y llenando el resto de agua; si por estar muy inflamada la mucosa se nota demasiado picor al enjuagarse, puede añadirse más agua. Los colutorios deben ser frecuentes, sobre todo al principio, cada media hora por ejemplo, y continuarse hasta que la mucosa esté completamente bien.

Sólo entonces debemos tomar la impresión con la seguridad de obtener el éxito deseado. Estos consejos, que algunos encontraron extremados y por decirlo así engorrosos, parecen por escrito más de lo que son en realidad, y bien vale la pena observarlos, pues contribuyen poderosamente á que queden satisfechos el cliente y el operador.

CONFERENCIAS CIENTÍFICAS

ENFERMEDADES DE ORIGEN DENTAL Y EN PARTICULAR DE LA PELADA (1)

por el DR. L. ZABALA

Accediendo al deseo manifestado por vuestro presidente acepté el daros una conferencia, título algo pretencioso, pues creo que no pasará de una conversación entre amigos.

El tema que escogí y que tuvo el don de agradarle fué: «Del origen dental de diversas enfermedades y en particular de la *pelada* ó alopecia».

Es mi opinión que todos los dentistas debieran tener un conocimiento, somero al menos, de las numerosas enfermedades

que tienen su origen en lesiones del aparato dental. Claro es que por la inmensa mayoría de ellas el enfermo consulta en primer término al médico, quien después de un diagnóstico causal lo dirige al gabinete del especialista, el único que puede remediar tales trastornos; más no es menos cierto que en un grupo, algo limitado es verdad, de casos, el dentista puede hacer en primer lugar el diagnóstico, pues consultado en primer término por un achaque dental, le completa encontrando una sinusitis, por ejemplo. La profesión del dentista, por otra parte, no es puramente mecánica; un odontólogo necesita conocer de una manera completa, no sólo la anatomía, fisiología y patología de los órganos cuyos trastornos está llamado á remediar, sino que debiera desde el principio darse cuenta de las consecuencias que en el conjunto del organismo pueden dichos trastornos acarrear.

Pero basta de preámbulo.

La principal función de los dientes, siendo la masticación, y la boca el vestíbulo del aparato digestivo, las alteraciones dentales dejarán pasar los alimentos sólidos en un estado de trituración incompleta, sin una insalivación adecuada y no preparados por consiguiente para digestión efectiva. Si á esto añadimos que las alteraciones dentales, caries, etc., falta de aseo que generalmente van unidas, dejan arrastrar juntamente con los alimentos microbios y toxinas diferentes, comprenderemos que su influencia sobre las funciones digestivas son de tres órdenes: mecánicas, químicas é infecciosas.

No os extrañe, por consiguiente, el saber que un gran número de dispepsias son de origen dental, y que uno de los preceptos inculcados á los médidos es el de examinar con cuidado el estado de la boca en todo trastorno crónico del aparato digestivo.

La boca no es sólo el vestíbulo de las vías digestivas, lo es también, aunque sólo por mitad, de las respiratorias. La flora bacteriana que al estado normal habita esta cavidad es muy numerosa y compuesta de saprofitos ó inocentes y microbios patógenos; en circunstancias ordinarias, los medios de defensa del organismo bastan para tener á raya estos huéspedes peligrosos, más si sobreviene una causa de debilitación como un enfriamiento, por ejemplo, ó una asociación que aumenta la virulencia del microbio, este microbio hasta entonces inocente penetra

pneumococos, agentes productores de la pneumonía y de la bronco-pneumonía.

Las alteraciones dentales en la mandíbula superior pueden por contigüidad dar lugar á supuraciones en el antro de Higmoro ó *sinusitis maxilares,* siendo este uno de los casos como antes os he hecho observar en que el especialista, quien por el carácter bastardo de la neuralgia, por la fetidez del aliento y la tumefacción edematosa de la cara, sospecha la verdadera naturaleza de la complicación y procediendo á la iluminación de la cara por la boca, completa el diagnóstico.

Un diente en mal estado, cariado, puntiagudo, puede por contacto prolongado determinar una alteración de la lengua; sabido es, como esas ulceraciones así entretenidas en un medio infeccioso pueden evolucionar en sentido neoplásico. No es esta seguramente la causa más frecuente del cáncer de la lengua, pero nadie me negará que ciertos casos de esta afección no reconozcan este origen.

Las raíces de los dientes se hallan provistas de nervios, todos suministrados por el trigémino á quinto par. Dicho nervio se divide en oftálmico, maxilar superior é inferior, todas ramas sensitivas. Las neuralgias faciales ó *tic* dolorosos de la cara son afecciones muy comunes. Es mi opinión que de 100 casos de neuralgia facial, 75 á 80 son provocados por alteraciones de los dientes, 15 *á frigore* y los restantes de origen central, palúdico, ocular, etc., etc.

El quinto par no es solamente un nervio sensitivo; es también motor por las ramas que cierran á los músculos temporales, masetéricos y pterigoideos, todos músculos masticadores. Esto nos dará una explicación del origen dental de un gran número de contracturas de la mandíbula inferior. De mi práctica podría citar dos casos muy curiosos en que las contracturas eran tan violentas que difícilmente permitían una alimentación líquida, y que no cedieron sino á la extracción de todos los raigones que mantenían las encías en un estado de excesiva hiperestesia.

Dichas contracturas pueden ser también causadas por la erupción tardía, sobre todo de las muelas cordales; un ejemplo de esto ha sido observado de cerca por uno de los señores aquí presentes.

verdadera importancia á las alteraciones dentales como causa ocasional de muchos y muy importantes trastornos de la visión y funciones anejas.

Yo que asistí durante largo tiempo á la clínica de este célebre profesor, pude convencerme de lo real de sus teorías y observar casos numerosos y muy rebeldes que sólo cedieron á una terapéutica dental. Entre los trastornos á que nos referimos debemos citar el blefarosperosmo, estrabismo nervioso por contractura de uno ó varios músculos, fotofobias, ambliopias y hasta amaurosis por inhibición.

No me perdonaríais si pasase en silencio los accidentes que una dentición difícil acarrea á los niños.

No insisto en las bronquitis y diarreas, no por todos admitidas, pero sí en las convulsiones que estallan con facilidad en niños de herencia neurópata y que tan fácilmente ceden á la incisión de una encía.

Los flemones de las encías y de la cara, circunscritos y difusos, son una complicación corriente de la caries dentaria, puerta de entrada á muchas infecciones, flemón del cuello, flemón gangrenoso, actinomicosis y aun creo que la mayor parte de los casos de tuberculosis de los ganglios linfáticos del cuello.

En todos estos casos, los vasos linfáticos entreabiertos son la puerta de entrada de tan graves infecciones (actinomiceto, bacilo de Kock, etc.) Como podéis comprender, no se trata aquí de afecciones de poca importancia; los flemones profundos del cuello son excesivamente graves; la actinomicosis, aunque no muy frecuente es muy molesta y requiere muy amenudo la intervención del cirujano, y no quiero insistir sobre las consecuencias de una tuberculosis ganglionar.

La *pelada* ó alopecia, es una afección que gracias á las pacientes investigaciones del Dr. Jacquet será pronto catalogada entre las de origen dental. Dicha afección ha sido y es aún para un gran número de dermatologistas y el público en general esencialmente contagiosa, y ved ahora la importancia de la cuestión conforme á esta teoría á los niños atacados de ella se les prohibía la entrada en las escuelas. En las mismas familias, un miembro con lesiones de *pelada* y sus objetos de toilette eran considerados como de uso peligroso por el contagio para los de-

Pues bién, he aquí que el Dr. Jacquet después de cientos de observaciones hechas con el cuidado más minucioso, nos afirma que todos esos temores son infundados, que todas esas precauciones son inútiles. Para dicho señor, la naturaleza de la *pelada* es trofoneurótica y de ningún modo contagiosa; esta última afirmación la robustece con la relación de un gran número de observaciones en que él y sus discípulos se han sometido á más de cien inoculaciones, estos experimentos practicados con todas las condiciones de garantía consistían en inocularse las regiones más expuestas á esta afección con productos obtenidos por el raspado de *placas peládicas* en plena depilación y en llevar los mismos productos por medio de agujas hasta el fondo de los bulbos pilosos. En todos los casos los resultados han sido completamente negativos. Al leer el trabajo del Dr. Jacquet en la *Presse Medicale* del 12 de Diciembre de 1903, las últimas dudas desaparecen. Todos los casos que sirvieron para ensayar las inoculaciones, se creían contraídos por contagio.

Quédanos la teoría trofoneurótica que, á decir verdad, no fué inventada por Jacquet, pero que casi abandonada se limitaba á explicar ciertos casos nerviosos era indiscutible. Su coincidencia con placas de vitíligo, de esclerodemia y sobre todo la experiencia de Joseph, que logró producir placas de alopecia simétricas en el gato y en el conejo seccionando el segundo nervio cervical al nivel de la porción periférica del ganglio intervertebral. Pero repito, esto se consideraba como rarezas y que en la generalidad de los casos era tenido por contagioso.

Lo primero que llamó su atención fué el terreno en que se desarrollaba la *pelada*, terreno nervioso en que coincidían otros trastornos tróficos.

Diversos síntomas le acompañan formando como un cortejo ó sindrome; obsérvase en primer lugar una eritrosis ó coloración rojiza más subida en el lado enfermo; la temperatura aumentada ó disminuída en algunas décimas, un cierto grado de irritabilidad muscular y siempre algo de neuralgia facial latente. Estos síntomas son poco pronunciados y se necesita cierta práctica clínica para percibirlos.

Otro género de lesiones que se encuentra amenudo, son una hipertrofia de la amigdala del mismo lado y el infarto de algún ganglio linfático.

Todos estos datos el mismo tiempo que confirmarle en la

teoría nerviosa, despertaron en su mente la idea de que el punto de partida residía en irritaciones periféricas del trigémino entretenidas por alteraciones de los dientes. La observación no tardó en confirmar sus sospechas, pues en un gran número de casos, del mismo lado que las areas de *pelada* y coincidiendo con neuralgias ó fluxiones, se encuentran en uno ó más dientes alteraciones odontopáticas ó neo-dentarias, según sea la expresión de una alteración ó de la erupción de un diente.

En todos los casos de *pelada*, debemos, pues, buscar con esmero el sindrome que arriba hemos descripto, y que faltará rara vez, veremos enseguida si algún trastorno de origen dental, un aparato protésico defectuosamente colocado y que hiere la encía determinando una gingivitis, una fluxión, un absceso ó fístula que le ha sucedido; las caries, examinadas y buscadas por medio del espejo aunque sólo sea en forma de manchas, las anomalías de posición ó dientes viciosamente implantados ó supernumerarios, pueden irritar la encía y determinar una sensibilidad que no debe pasar desapercibida.

De los 18 casos publicados en la tesis de Mr. Pechin, escojo dos cuyo resumen bastará á ilustrar vuestra conciencia.

Mr. J. sufre de neuralgias dentales del lado izquierdo causadas por dientes cariados. Algunos meses después del máximun de los dolores, una *pelada* aparece en la región retro-auricular izquierda que no cede á ningún tratamiento local.

La extracción de los dientes enfermos es seguida de un brote rápido.

Sin embargo, dos ó tres puntos depilados persisten y tienden á aumentarse al mismo tiempo que reaparecen las neuralgias del mismo lado. La extracción de un diente cariado que las provoca, procura una cura completa.

El joven B. es atacado de una alopecia bilateral entretenida durante muchos meses por evolución difícil de varios dientes. La erupción de los dientes se terminó; uno sólo en el lado izquierdo quedó cubierto por la encía; todos los discos desaparecieron, uno sólo persistió, el del lado izquierdo.

Podría contaros más ejemplos, pero estos dos bastarán para demostrar la tesis que sostengo.

¿Es esto decir que sólo á las lesiones dentales esté reservado el desagradable privilegio de producir esos desórdenes del lado de la piel? Pretenderlo, sería negar la teoría por su mismo hecho

Puesto que la irritación de los neuromas de los ramos dentarios del trigémino pueden ocasionar esos desórdenes á distancia, debemos, para ser lógicos, admitir que la misma irritación en las terminaciones de otros nervios podrá por vía refleja ocasionar desórdenes análogos. Al tiempo, sólo toca aclararlo.

Mas entre tanto, vosotros podéis ser de una ayuda muy eficaz á los médicos, anotando con cuidado las observaciones que pasen por vuestras clínicas y la relacion que observéis entre la *pelada* efecto, y las lesiones dentales causa ocasional, y contribuiréis eficazmente á aclarar un problema en que al interés científico se añade en primer grado uno de higiene sumamente importante.

Relaciones de la prótesis dental con la ciencia antropométrica (1)

por D. HIPÓLITO LOBATO

Contando siempre con vuestra benevolencia, permitidme que someta á vuestra consideración un tema que lo creo de mucho interés para nuestra profesión; me refiero á los medios que el cirujano dentista puede aportar para la identificación personal. Hasta ahora que yo sepa, sólo se ha dado el caso de identificación de algunos cadáveres, por la intervención de algunos colegas nuestros que los han reconocido por operaciones que les habían practicado.

Esto, como comprenderéis, es de la mayor importancia, puesto que podemos ayudar á la justicia para identificar la personalidad de individuos que tengan con ella cuentas pendientes, y para identificar igualmente cadáveres mutilados por grandes catástrofes, dando á las familias el consuelo y la seguridad de que uno determinado sea el ser querido.

El sistema antropométrico de Bertillon, hoy más generalmente empleado, no obstante su excelencia y lo bien que se aplica en los gabinetes antropométricos de los establecimientos penitenciarios está sujeto á errores, hasta el punto que se considera un triunfo para tal sistema el que no haya más que un quince ó un veinte por ciento de aquéllos. Este sistema, basado en mediciones exactas de distintas regiones del cuerpo humano,

(1) Conferencia dada por el autor en la Sociedad Odontológica de Guipúzcoa, de que es presidente.

que describiré en líneas generales y en cuyo servicio ocupa el primer puesto el Dr. D. Federico Oloriz, con ser de la más alta importancia para el objeto, no tiene ni con mucho la que tendría la prótesis dental que puede aportar datos positivos y seguros para la identificación de un individuo que podrá ser reconocido inmediatamente, sin que sea posible la menor equivocación, que tratándose de antropometría judicial siempre ocasiona grandes trastornos y disgustos al que es objeto de una de estas confusiones.

Los modelos de la boca para la identificación personal, en mi concepto lo resuelve de plano, de una manera sencillísima y sin que pueda ocasionar nunca confusiones; y basta de preámbulos y paso á demostraros en pocas palabras la cuestión primordial de esta Memoria, ó sea la prótesis dental aplicada á la identificación personal procediendo de esta manera:

Tomamos una impresión de la parte superior de la boca y otra de la parte inferior, y con éstas obtenemos por los procedimientos que todos sabéis el modelo en escayola exacto de la boca del individuo que convenga, teniendo datos seguros para en cualquier época que se nos reclame, poder con sólo los indicados modelos certificar su identidad.

Esto, que á primera vista parecerá cosa muy difícil á los profanos en prótesis dental, á vosotros os parecerá la cosa más natural del mundo, puesto que todos sabéis que no sólo no existen dos bocas iguales, sino que ni siquiera con un parecido que pueda dar lugar á confusiones y con solo los modelos de la boca tendríamos lo suficiente para el objeto que pretendo demostrar. Pero aún tenemos más, que en caso de que pasase mucho tiempo y la boca hubiese sufrido mutilaciones siempre podríamos encontrar sus relaciones con el modelo, por la forma y rugosidades del paladar ó por los caracteres de los dientes ó muelas que aún se conservasen, para lo cual cuando se tratase de un individuo cuyos dientes al tomar la impresión no reuniesen las condiciones de estabilidad y solidez natural en estos órganos, se podría en el modelo anotar esta particularidad, así como el color exacto y forma de los dientes y las caries que existieran, haciendo constar el lugar que dichas caries ocupasen; en una palabra, anotar todas las cosas anormales que se encuentren. Esto en los individuos que ya presenten su boca en un estado ruinoso y que nos haga ver que en poco tiempo podía sufrir tanta

variación que nos pusiera en duda el día que nos reclamasen su identificación. Estos casos sólo se presentan en individuos de mucha edad con los cuales la antropometría judicial suele tener ya poco que hacer, pero aún en ellos podríamos quedar á gran altura con nuestro procedimiento; y en cuanto á individuos que están en la plenitud de la vida y aún ya en su descenso, si tienen una complexión robusta puede afirmarse que aunque pasen veinte años su boca no sufrirá modificaciones tan sensibles que no podamos reconocer á primera vista si es el original del modelo que buscamos.

Si á esto se añaden algunas particularidades que el individuo ofrezca á primera vista, tendremos la mejor filiación para reconocerle en todo tiempo. Además de la antropometría judicial también se practica en nuestro país la militar, y como el sistema es el mismo, inútil creo repetiros que los medios que propongo para uno los creo buenos para el otro, y aún mejor se puede aplicar la antropometría militar porque aquí todos son jóvenes de buena constitución y por lo tanto su sistema dentario, por lo general, está en relación, y en los doce años que están sujetos al servicio de las armas no sufre ninguna variación, y si sufre alguna es tan pequeña, que bien podemos asegurar que con los modelos que hiciésemos de su boca al ingresar en filas tendríamos lo suficiente para identificar la personalidad de cualquiera de ellos en la época que nos la pidiesen durante su permanencia en el servicio de la patria.

Esto simplifica tanto los procedimientos que actualmente se siguen, que no dudo que tanto en lo judicial como en lo militar aceptarán la reforma, así que logremos convencerlos de las seguridades que ofrece el sistema que he tenido el gusto de exponeros, y creo que no tardará mucho tiempo, sin que en los principales gabinetes de antropometría tenga puesto un odontologo, lo mismo que en las comisiones mixtas que se forman para el reconocimiento de los mozos al ingresar en filas, cosa muy justa puesto que para todas las carreras hay algunos puestos oficiales, y la nuestra está huérfana de toda protección del Estado, y ya que todos hemos trabajado para su regeneración, exigiendo hoy tantos conocimientos y años de estudio como para cualquiera carrera académica, justo es que ahora se nos atienda cuando lo que pedimos es lógico y de mucha utilidad.

para poder discutir el asunto en varias sesiones, pero como todos sabéis, los individuos que constituímos la Odontológica de Guipúzcoa estamos muy disgregados, por estar cada uno establecido en distinta población y no quiero molestaros, ni lesionar vuestros intereses con reuniones frecuentes que os hacen abandonar vuestra clientela, exponiéndoos á las incomodidades del viaje; por eso ofrezco este modestísimo trabajo á las demás sociedades hermanas, y muy especialmente á nuestro presidente honorario D. Florestán Aguilar, personalidad saliente de nuestra profesión, para que si no encuentra descabellada la idea, la patrocine y se sacrifique en unión de los demás directores de nuestras revistas profesionales.

A todos os doy gracias por la atención con que me habéis escuchado, constituyendo esto para mí un inmerecido honor por el cual á todos quedo reconocido. He dicho.

LA SINUSITIS MAXILAR Y SU TRATAMIENTO (1)

por D. Alfredo Tomas Coquet.

Dentista-Ayudante de la Sanidad Militar del Ejército Argentino.

En los tiempos actuales, las inflamaciones del seno maxilar han ocupado un lugar prominente en la historia de la ciencia médica, pues la sintomatología de ella ha dado margen á grandes preocupaciones de los hombres de ciencia que tenían fija su atención en el estudio exacto de dicha afección para arribar con reposado criterio á descubrir su tratamiento, hoy muy ventajosamente adelantado por los procedimientos operatorios modernos. En años muy lejanos, cuando Nathaniel Highmoro estaba en todo su apogeo, publicó la descripción del antro que lleva su nombre, y habiendo recibido á un enfermo bajo cuya observación y estudio estuvo largo tiempo, se resolvió á practicar la trepanación del seno maxilar por la vía dental extrayendo un canino, pero sin resultado, no obstante aspirar á obtener la victoria que obtuvo el profesor Molinetti en el año 1675, quien trató por medio de la trepanación bucal un absceso del seno con el más perfecto resultado.

Mientras otros muchos sabios opinaban y discutían con ar-

doroso afán este importante asunto, Runge presentaba á la Real Academia en el año 1750 una tésis en la que describía las afecciones del seno maxilar, la que era defendida de un modo muy justo bajo el punto de vista científico.

Autores antiguos señalan dos clases de colecciones en el antro de Highmoro, unas linfáticas indolentes que lo cubren de vegetaciones, y las otras inflamatorias dolorosas y que por regla general atacan al hueso.

Es de observarse que en estas afecciones hay obstrucciones inflamatorias ó sanguíneas que pueden terminar en resolverse una abundante supuración, sin que pueda esto evitar un derrame seroso que detiene las mucosidades como resultado de las formas en que aquella se presenta.

Hoy describen los autores modernos el *absceso ó empiema del seno ó sinusitis crónica* de una manera más amplia.

La inflamación simple es una afección rara con síntomas obscuros, que en realidad todo el interés de la descripción y del tratamiento está circunscripto á la sinusitis crónica.

El absceso ó empiema del seno, se presenta por lo general con dolores que se irradian hacia el ojo, la oreja y los dientes, y después de la aparición del pus, la distensión de la pared empuja al ojo hacia arriba y produce una ligera hinchazón persistente de la cara.

La salida de un pus fétido del orificio del seno por la ventana nasal correspondiente, es el signo característico de esta afección y se produce cuando el enfermo se suena la nariz ó inclina la cabeza.

En este caso, la cirugía moderna aconseja la perforación de los alveolos, y particularmente la extracción del primer molar, por donde sale el pus en abundancia.

El absceso del seno puede ser confundido con el ozena ó con ciertas lesiones sifilíticas terciarias.

En el ozena, la fetidez es inconsciente y la mucosa se cubre de costras verdosas.

El Cirujano dentista en presencia de un enfermo al cual haya diagnosticado un absceso del seno maxilar consecutivo á una caries dentaria de cuarto grado, debe como medida previa proceder á un examen detenido de los dientes superiores, sobre todo los premolares y molares.

de *sinonimia,* la cual es una inflamación simple del seno maxilar con catarro del seno.

Se presenta con dolores profundos y persistentes en la región del seno, cuyo dolor puede irradiarse hacia la nariz ó hacia el ojo, los dientes pierden su fijeza y son dolorosos á la presión.

Sin embargo, estos síntomas no son suficientes para establecer un diagnóstico seguro, pues si la afección retrocede, el médico puede pensar en una fluxión ó en una neuralgia dentaria, y si por el contrario llega á supurar, entonces ya el médico dentista puede atribuir estos fenómenos á su verdadera causa.

El tratamiento de este caso, y si la afección no está muy avanzada, es el continuo lavaje con agua oxigenada tratando que la parte infectada permanezca lo más aséptica posible; seguidamente debe procederse á la obturación del canal radicular con una mecha con eter y iodoformo y la parte gastada por efecto de la caries restituirla con guttapercha, es decir, practicar una obturación temporal.

El lavaje debe ser continuo hasta que el agua saliendo por la nariz produzca una especie de quemadura, signo que indica que el enfermo está sano.

La sinusitis crónica es la misma que he descripto al hablar del *empiema,* procediendo en este caso con toda la energía de la ciencia para combatir la propagación infecciosa que en muchos casos terminaría en un desenlace funesto.

El cirujano dentista, que por la naturaleza de sus funciones está llamado á intervenir en estos casos más que ningún otro especialista, puesto que el verdadero médico especialista de la boca es él, debe hacer su diagnóstico consciente ajustándose exactamente al cuadro sintomatológico de dicha enfermedad.

Tratamiento.—*En el estado de simple catarro:* lavados de la cavidad con agua oxigenada á través del canal radicular, sin extracción del diente.

En el estado de colección purulenta: la extracción del diente y lavados con agua oxigenada y después con permanganato ó clorato de potasa.

En el estado de necrosis: el ácido láctico y lavados consecutivos con antisépticos no irritantes.

NUESTROS PROFESIONALES

D. JUAN DE OTAOLA

No vamos á descubrir al compañero entusiasta y cariñoso cuyo nombre encabeza estas líneas, por ser de sobra conocido en toda la profesión, pero sí queremos que nuestras páginas se vean honradas con su retrato y con unas notas biográficas en esta ocasión precisa en que la fundacion y entusiasta sostenimiento de la importantísima Sociedad Odontológica de Vizcaya y sus trabajos en pro de la creación de Clínicas de odontología en los hospitales le dan un carácter de actualidad que sumar á los esfuerzos de toda su vida á favor de la profesión.

Sus títulos, sus escritos, sus cargos, sus iniciativas, su asistencia á todos los Congresos y reuniones científicas y sus trabajos de toda especie, le dan un sello de personalidad saliente en nuestra profesión, que á la par que le han hecho ser conocidísimo de todos le han granjeado la justísima estimación que cuantos hemos tenido la fortuna de tratarle le profesamos.

Cirujano dentista desde 1883, es uno de los que orgullosamente pueden ostentar un título como el de Bachiller, que si no da conocimientos superiores determinados, los da elementales de todo, revelando al hombre culto con una base de ilustración que á la vez que hace más fácilmente asimilables los conocimientos posteriores, le presentan en la sociedad jugando un papel muy superior al del hombre que nunca ha pasado por las aulas.

Su asistencia al primer Congreso dental Internacional de París de 1889, al segundo Internacional de Chicago de 1893, al Congreso dental Nacional de Burdeos de 1895, al de Higiene y Demografía de Madrid de 1897, al Dental Nacional de Barcelona de 1899, al tercer Congreso dental Internacional de París de 1900 y al Congreso de Medicina de Madrid de 1903, nos lo presentan como hombre que, comprendiendo lo que estas reuniones científicas significan, y lejos de permanecer encerrado en su casa, donde una familia numerosa y una clientela extensa le retenían, corrió siempre en busca de enseñanzas, aportando las suyas propias y demostrando ser uno de los más fervientes entusiastas de estas Asambleas, que á la vez que proveen al humano saber de sano acopio científico, satisfacen el noble senti-

miento de la fraternidad universal que debe existir siempre entre los que se dedican á una misma profesión.

Sus méritos le otorgaron el honor de ejercer cargos en algunos de éstos Congresos, tales como el de vice-presidente honorario del Comité español en el de Chicago de 1893, vocal de la Junta de organización en el de Madrid de 1897, miembro del Jurado en el Nacional de Barcelona de 1899 y vocal del Comité español en el de París de 1900.

La Academia de ciencias médicas de Bilbao, á la cual pertenece como socio de número, premió su valer acogiéndole en su seno, en una época en que estas mercedes, tratándose de nuestra profesión eran muy raras en corporaciones de esa clase. Es socio corresponsal de la Odontológica Española, de la Malacitana, de la Balear y lo fué hasta el año 1901 del Círculo Odontológico de Cataluña.

Socio fundador de la Odontológica de Vizcaya, á cuya iniciativa se debe esta sociedad, hoy una de las más importantes de España, es en la actualidad su presidente y nuestras páginas son una buena muestra de los entusiasmos que por ella siente y de sus afanes y desvelos porque su labor sea de lo más fructifera en todos sentidos. En la mente de todos, por ser hecho recientísimo y por su importancia, está seguramente la Memoria por él dirigida á la Junta del nuevo Hospital civil de Bilbao, demandando el establecimiento de una Clínica de odontología en dicho caritativo centro. La idea la aplaudimos lo suficiente á su debido tiempo, para insistir de nuevo ahora sobre su significación, tanto en el orden filantrópico como en el de su importancia para la profesión en general.

Sus trabajos en la prensa profesional fueron siempre muy apreciados, llamando muy justamente la atención uno sobre *Filología dental* publicado en 1902 en *La Moderna Estomatología*. El hecho de ser nuestras páginas de las más frecuentemente favorecidas por sus trabajos, nos relevan de elogios que se hacen por sí mismos y nos obligan al agradecimiento.

Posee una Mención honorífica de la Exposición provincial de Vizcaya de 1882 por sus trabajos protésicos y un Premio de honor otorgado en el mismo año por el antiguo Colegio español de dentistas.

Compañero afable y cariñoso, hombre ilustrado y entusiasta, fiel guardador de la ética profesional, serio en sus actos y de

rectos procederes, cosas son, que formando un cortejo de excelentes prendas personales que nunca han excluído la modestia, le han granjeado amigos en todas partes y todos le aprecian y todos lo estiman y en España y fuera de ella, donde no la persona el nombre de Otaola es conocido, y su figura tenida por una de las más salientes de la profesión odontológica española.

Hombres de tales arrestos son los que más contribuyen al engrandecimiento de sus profesiones. La nuestra, en un periodo hoy de positiva evolución tiene varios, y por ello debe enorgullecerse no perdonando medio de estimularlos y comprendiendo que enalteciendo estas personalidades se enaltece la odontología patria.

Por esto La Odontología, que siempre ha puesto á contribución su esfuerzo por el progreso profesional, se honra hoy publicando el retrato y estas notas de una de sus personalidades de mayor relieve, creyendo que las causas apuntadas bastarán para que la modestia del estimable compañero no se vea herida por elogios que no tienen más merito que el de la justicia.—A. L. A.

INTERESES PROFESIONALES

EL INTRUSISMO COMBATIDO POR FILANTROPÍA

por A. PITA SEOANE

Todos seguramente estarán conformes en combatir el intrusismo, desterrando á ser posible para siempre el charlatán de plazuela y privando del ejercicio ilícito de una carrera tan honrosa como la nuestra á todo aquel que sin derecho pretenda ejercerla contribuyendo de paso á su desprestigio.

Siendo esto cierto y tratándose de una aspiración tan justa y generalmente sentida por la clase odontológica, entiendo que su deliberación debiera ser materia primordial á tratar en los próximos Congresos que se celebren, limitándome entre tanto á llamar la atención de mis dignos compañeros sobre tan importante asunto y exponiendo de paso una idea que acaso pudiera ser de provecho, ampliada ó desarrollada en la forma que se estimase más conveniente.

La resolución del problema estriba en restar al intrusismo

claro es que de conseguirlo, aquel puede considerarse muerto en plazo más ó menos lejano; para ello hace falta un poco de buena voluntad acompañada de una acción común bien ejercitada y constante hasta conseguir el fin, empezando por poner nuestro servicio *al alcance de la clase pobre,* de aquella más digna de consideración, que por no poder pagar un duro por una extracción tiene forzosamente que entregarse al charlatanismo ó al barbero, para que se la haga aún á trueque de resultar víctima de su impericia.

A mi juicio bastaría con que cada uno de los dentistas estableciese un gabinete secundario, especie de clínica ó especial consulta para pobres en la que sin desdoro profesional, pudieran admitirse en concepto de honorarios, desde el simple agradecimiento por el servicio prestado hasta lo que buenamente pudiera abarcar cada cual con arreglo á su clase; estos fondos se depositarían por el paciente mismo en una caja especial que, colocada bien á la vista y ostentando un lema benéfico, excitara la generosidad del donante; la suma obtenida al año por todos los dentistas se destinaría á fundar un Montepío dental, una Escuela libre de Odontología ó á dotar de instrumental suficiente las actuales Clínicas de San Carlos.

TRIBUNA LIBRE

¿EXISTE EL ESMALTE DENTARIO?

por D. J. TRIVIÑO, de Oviedo.

Sin participar de las originales ideas del autor de este artículo, á quien dejamos por completo la responsabilidad de sus teorías, publicamos las cuartillas que nos manda D. Juan Triviño, en esta sección, en la que deseosos de dar á todos por igual ocasión de emitir sus opiniones, encontrarán cabida las colaboraciones de nuestros compañeros.

Entre la dentina y el esmalte hay tantas diferencias de organización química, constitución histológica, origen embrionario y funcionalismo fisiológico que hacen de ellos dos tejidos completamente distintos por todos conceptos, y no sabemos cómo en una discusión defendería el señor Triviño sus teorías tan fáciles de rebatir, pero por peregrinas que aquellas parezcan, las reproducimos para no cerrar estas páginas á persona que por otros conceptos tiene tantos méritos profesionales como D. Juan Triviño.

Dicen que el diente fisiológicamente se compone de esmalte,

Debemos aceptar de esta clasificación las tres últimas partes, pero no así la del *esmalte*, pues figura como cuerpo ajeno á los ya citados.

El brillo no es un cuerpo.

Nadie ha podido todavía explicarse el desarrollo de los prismas del *esmalte dentario*; tampoco ninguno ha presentado ni la más pequeña cantidad del citado *esmalte*. En cambio es fácil desprender de un cuerpo niquelado ó dorado una de las capas galvánicas que le cubren.

Lo que no es aceptable es que de un cuerpo *bruñido ó pulimentado* podamos desprender la parte pulida en forma de cáscara ó cubierta.

Luego convengamos que lo que hemos dado en llamar *esmalte* no es otra cosa que la *dentina pulida*. Mejor sería clasificarlo de *brillo dentinal*, y así hablaríamos, á mi entender, con más propiedad.

La superficie coronaria de los dientes *lustrada* principalmente por la acción de la saliva, cuando esta es fisiológica, formando parte mecánica los labios, los carrillos y la lengua en colaboracón con los alimentos, produciendo tanto *brillo* á las coronas, como tanta sea la pureza de la saliva en cantidad y composición, uniendo á esto la completa calcificación y desarrollo del esteide.

La dureza que se le atribuye al *esmalte ó brillo dentinal* es la misma en razón directa con la compactibilidad del cuerpo ú objeto qué esté bien pulido.

El mismo caucho, apesar de su reconocida porosidad. no es fácil atacarle de primera intención con la lija y la lima, pues esa superficie tan lisa como brillante hace se deslice con facilidad cualquier objeto por duro y áspero que este sea.

Todo diente que es perfectamente completo su desarrollo, en la superficie de la dentina, que hasta el día hemos llamado *esmalte, no contiene materia orgánica de ninguna clase* y, por lo tanto, *carece de vitalidad;* más no es una capa, sino la prolongación de la dentina doblemente osificada por los agentes químicos que transitan de continuo á su alrededor. ¿Por qué distinguimos el cemento de la dentina? Porque la composición específica de cada uno permite conocerlos con facilidad y por la línea divisoria que vemos con ayuda del microscopio. No pasa

Aparentemente todos los dientes brillan, pero esto es debido á que la saliva es transparente.

En los casos en que la saliva está en estado patológico ó ácido, podemos observar poniendo el dique de goma, que estos dientes son completamente mates, que carecen de brillo dentinal.

¿Qué es la dentina secundaria? La osificación de los tejidos morbosos de la dentina interna modificada, debido á la transformación química de la saliva después de comenzada la caries de primero y segundo grado.

¿Es sin duda por su color obscuro por lo que no clasificamos estos casos de esmalte secundario? La dureza y brillo son lo mismo que en los dientes que no tuvieron caries á escepción del color. ¿Luego existe el *esmalte dentario?* Yo creo que no. Es simplemente *brillo dentinal.*

JURISPRUDENCIA PROFESIONAL

LA SENTENCIA DE UN TRIBUNAL

En uno de los últimos números de *L'Odontologie* encontramos una sentencia de un Tribunal que de sentar jurisprudencia daría lugar á las soluciones más peregrinas. Por esta vez, y por fortuna la cosa no ocurre en España sino en un pais que con razón presume de muy adelantado, aunque en esta ocasión no haya quedado á gran altura, la vecina Francia.

El Tribunal de Saint-Jean-D'Angély es en cuestión el que llamado á juzgar una contienda judicial entre M. X., dentista, y Mme. Y., su cliente. ha dado lugar á los comentarios del colega francés que han llamado nuestra atención sobre este asunto.

Los hechos están basados en la reclamación por parte del dentista de los honorarios convenidos por la asistencia y construcción de una dentadura á su cliente, que después de varias visitas para que el tal aparato fuese retocado, concluyó por devolverlo al cabo de tres meses por juzgar que le era imposible usarlo. El Tribunal condenó al dentista por entender... las siguientes cosas:

Que no se trataba de un capricho de la cliente ó de una falta de hábito toda vez que la misma había usado un aparato

necesidad de su uso; que el dentista se limitó á sostener que la dentadura estaba construída con todas las reglas del arte y que habiendo sido usada por su cliente no podía admitir la devolución; que la *venta de una dentadura es una venta á prueba* de naturaleza especial cuyo precio es mucho más elevado que el valor real del objeto, precisamente porque esta venta se hace bajo la condición formal de que el comprador podrá servirse de ella, sin cuyo requisito tal objeto carece de valor; que importa poco que una dentadura sea confeccionada según las reglas del arte si el cliente, *único capaz de saber si molesta ó no,* no puede utilizarla, etc , etc.

Nuestros lectores presumirán fácilmente los comentarios que sobre el asunto hace *L'Odontologie,* dado lo mostruoso del caso y dado también que por tocarle muy de cerca puesto que se trata de su país, pudiera sentar jurisprudencia una sentencia tan disparatada como esa en la que hasta se ha negado un informe pericial fundándose en hechos tan singulares como los descriptos.

Prescindimos de esos comentarios y de los nuestros propios, puesto que por hacerse solos, cada cual los hará á su gusto, y ya que en este pais somos tan aficionados á lo que viene de fuera no se extrañen nuestros compañeros si el día de mañana algún Tribunal de los de por acá estima también que una dentadura *es un objeto de venta á prueba,* que aunque esté perfectamente construído *sólo el cliente es capaz de saber* si está bien ó no porque lo use ó deje de usarlo.

Y temblemos ante los clientes caprichosos.

INHALADOR "IDEAL„ NÚM. 2

En este inhalador se han introducido ciertas modificaciones y mejoras por indicaciones de Mr. Vernon Knowles, que le hace ser un aparato convenientísimo para anestésicos en general.

Como se ve en el dibujo seccional, la válvula de aire se ha puesto delante y está en línea con la posición vertical de la montura angular y al orificio externo se le ha agregado el borde C.

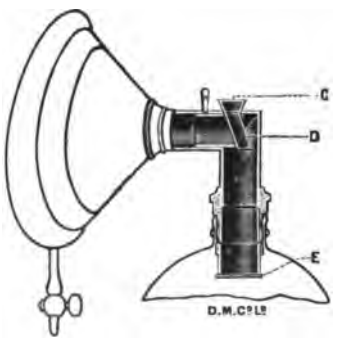
La barra interior de la válvula de cierre está traspasada por el pequeño tubo D en forma tal que cuando la válvula está

abierta, dicho tubo permite un medio rápido de acceso al balón suplementario reversible, y aunque no hay comunicación directa entre el repetido tubo D y la mascarilla, no existe, sin embargo, ninguna interposición con la función de la válvula de aire.

También ha sido aumentada la longitud de la montura especial, por la adición del anillo amovible E, cuya base tiene numerosas perforaciones.

El espacio que así se obtiene, permite la inserción de una pequeña esponja, que debe ser de las gruesas ó llamadas de panal.

Con las mejoras introducidas en este nuevo inhalador, tiene más amplios medios de utilizarse que el primitivo modelo.



En su forma primitiva, sólo se podían administrar los anestésicos más volátiles, tales como el cloruro de etilo, somnoformo, etc., pero en esta forma modificada, su empleo no es tan limitado.

Por ejemplo, en casos donde está indicada una anestesia prolongada, rociando en el cono de algodón cualquiera de los anestésicos mencionados, puede emplearse con ventaja para inducción, siguiendo con el eter, echado por la válvula de aire á la esponja que está debajo, regulándose con la válvula de aire la cantidad de aire admitido.

Este método tiene seguramente muchas ventajas sobre los procedimientos corrientes de administrar protóxido de ázoe y eter.

Este aparato puede utilizarse también para administrar anestesia clorofórmica, quitándole la almohadilla facial

balón, obteniéndose libre entrada de aire por la válvula y por las perforaciones del casquillo de metal E.

Los que prefieran usar somnoformo, cloruro de etilo, etc., en cápsulas, encontrarán este inhalador de gran utilidad, pues es cosa sencillísima romper la cápsula, cuya punta ha sido previamente perforada con una lima á media pulgada de su extremo, en el tubo D, siendo cojida en el casquillo E la punta rota, así no hay posibilidad de que los pedacitos de vidrio caigan en la mascarilla ó dentro del balón y lo perfore.

Cuando el anestésico elegido se haya rociado en el cono para operaciones cortas, debe quitarse previamente el casquillo E que contiene la esponja. En este caso, si se viera que no se ha dado suficiente, no hay que quitar la mascarilla, sino administrar una pequeña dosis más por la válvula de aire.

MÁS SOBRE EL CAUCHO BLANDO PARA CORBATAS

por JOAQUIN PLET, de Barcelona.

A no ser por la deferencia que me merece el ilustre compañero D. Juan Triviño, de Oviedo, por sus merecimientos y por las cumplidas frases que al tratar este mismo asunto me dedicó en La Odontología, no molestaría de nuevo la atención de los lectores de esta Revista.

Como el trabajo de las corbatas de caucho blando no pertenece á la índole de aquéllos en que se busca la estética, sino á la de los que han de satisfacer una necesidad y resolver un problema, de aquí que dichas corbatas las emplee con gran preferencia á las metálicas en muchas ocasiones.

Mucho tiempo llevo usándolas, y clientes míos podría presentar que las llevan desde hace seis años, de aquí que en mi artículo las recomendase como prácticas y de aquí que crea que si tan docto compañero las ensayase, al cabo de transcurrir algún tiempo se convencería de su bondad ó, mejor dicho, de su utilidad.

Puedo igualmente afirmar que en este largo periodo de tiempo que llevan en uso algunos de estos trabajos míos, el caucho blando no ha presentado aspecto de podrirse en ningún caso ni las corbatas han sufrido el menor detrimento.

Insisto, pues, en recomendar su uso ante todo y sobre todo

cas por sus malas condiciones para la conservación de los dientes naturales en que se apoyan. Creo que esto último es asunto suficientemente discutido, pues casi nadie duda hoy día que las corbatas metálicas son verdaderos enemigos para los osteides, y esta es la principal razón en que me fundé al hacer mis primeros ensayos sobre las corbatas de caucho blando.

NECROLOGÍA

EL DR. CALVO Y MARTÍN

Pocos serán los españoles que no conocieran, al menos de nombre, al venerable varón que durante más de cuarenta años ocupó puesto preeminente en el Colegio de San Carlos y que por espacio de medio siglo perteneció á la Real Academia de Medicina, de la que era Presidente.

Nacido en un pueblo de Aragón el año 1815, fué paso á paso alcanzando los puestos más eminentes en la ciencia, en la política y en la administración, siendo uno de los principales inspiradores de los progresos en la medicina patria y en la higiene nacional.

Perteneciente á una época en la que los nombres de Santero, Méndez Alvaro, Mata, Creus, Busto y Rubio dieron tanto brillo á la medicina, ha luchado por su progreso hasta sus últimos momentos, pues muy pocos días antes de morir debatía con calor en la Academia y en el Senado sobre cuestiones de higiene.

Por su cátedra de Anatomía quirúrgica y Operaciones desfilaron muchos que hoy son catedráticos y académicos, y que explica por si sólo lo sentida que su muerte ha sido.

Fué Consejero de Instrucción pública y vocal de la Junta de patronos de Beneficencia. Decano de la Facultad de Medicina y autor de algunas obras científicas. Poseía la cruz de primera clase de Beneficencia y la gran cruz de Alfonso XII. Últimamente, y como antes hemos dicho, ocupaba el sillón presidencial de la Real Academia de Medicina y un puesto de Senador vitalicio en la Alta Cámara.

Descanse en paz el sabio anciano de actividades inagotables y reciba su subrino, nuestro distinguido amigo el Dr. Guedea, la expresión más honda y sincera de nuestro pesar.

De la obturación inmediata de los canales, por el Dr. Otto Inglis.—(Del *Items of interest.)*

El Dr. Otto Inglis se muestra decidido partidario de la obturación de los canales después de una sola y detenida limpieza de ellos. Al efecto, y después de asegurar el aislamiento de la saliva de la mejor manera posible y de haber hecho fácil el acceso al canal ó canales, prepara en una placa de cristal un poco de bióxido de sodio y al lado algunas gotas de agua; humedece un Donalson en el agua y pasándolo por el polvo de bióxido de sodio, lo lleva al principio del canal produciéndose el oxígeno, y cuando esta parte del canal es esterilizada envía con la jeringa un chorro de agua al mismo tiempo que continúa con la sonda haciendo movimientos de vaivén; los residuos pulpares son mecánicamente expulsados y se vuelve á practicar la misma operación, avanzando cada vez más hacia el fondo del canal. La limpieza se efectúa en unos diez minutos si se trata de un canal bien abierto, y si por el contrario es de difícil acceso practica su ensanchamiento con la ayuda del ácido sulfúrico.

Hecho esto, seca rigurosamente el diente y los canales con mechas de algodón primero y con aire caliente después, y rellena el canal después de haberlo impregnado de eucaliptus. Un cono de gutapercha saturado de algún antiséptico es el material de obturación que emplea, asegurando que el procedimiento le dá excelentes resultados.

*
* *

Procedimiento de fijación de obturaciones de porcelana por medio de pernos de platino, por M. Boesch, de Ginebra. — (De *L'Odontologie.)*

Con el fin de asegurar el bloque de porcelana y evitar hacer ranuras de retención en la dentina, M. Boesch ha ideado asegurar esta retención por medio de un perno de platino terminado

en cabeza de clavillo por ambas extremidades, una de las cuales va unida en la cocción del bloque de porcelana y la otra agarra en el cemento dentro de la cavidad.

La impresión de la cavidad debe de hacerse muy minuciosamente para asegurar el éxito de la operación, pues lo más importante es que el clavillo no sobresalga nada de la superficie de la incrustación que ha de ir en contacto con las paredes de la cavidad, evitando en ésta toda perforación para que entre aquel.

Al efecto, el bloque de porcelana en su parte más resistente llevará una parte entrante que será el único punto que no estará en contacto con la superficie de la cavidad. Esta parte es la destinada al extremo y cabeza del clavillo que no va fundido con la incrustación y que formando una pequeña cavidad que luego se rellenará de cemento, constituirá juntamente con la cabeza del perno la mejor retención del bloque de porcelana, cuidando siempre de que aquel no sobresalga para que no impida que la incrustación vaya á su sitio.

El autor emplea pernos de varios tamaños para los distintos casos, así como también varios instrumentos para practicar con mayor comodidad la serie de operaciones necesarias.

***

Curación de neuralgias faciales por inyecciones de alcohol á 60°, por G. Tourtelot.—(De *La Revue de Stomatologie).*

El autor describe cuatro casos de neuralgias faciales de origen dentario curadas en tres ó cuatro días por medio de inyecciones subgingivales de alcohol á 60°, después de haber empleado sin efecto alguno una verdadera serie de medicamentos antineurálgicos.

El procedimiento operatorio es muy sencillo. Después de bien determinado el punto de partida de los dolores que generalmente se encuentra en el punto de emergencia de un filete nervioso sobre la encía, se inyecta á este nivel, bajo la piel ó bajo la mucosa, todo lo más profundamente posible, próximamente un centímetro cúbico de alcohol á 60° con una jeringa de Pravaz previamente esterilizada. Se produce una sensación de quemadura muy soportable, apareciendo una fluxión bastante intensa en los tejidos vecinos que dura de dos á tres días, y los

Si fuese necesario puede repetirse la inyección ocho ó diez días después. Ocurre alguna vez que los dolores desaparecen en el punto atacado y se presentan en los alrededores, en cuyo caso se lleva el procedimiento á las nuevas localizaciones.

Aunque el autor no asegura que las curaciones así obtenidas sean definitivas, recomienda este método sencillo y nada perjudicial que puede repetirse si es necesario antes de llegar á operaciones como la neurotomia y á las grandes intervenciones quirúrgicas como la de la extirpación del ganglio de Gasser.

*
* *

Dentadura parcial inferior oculta por el tártaro.—(De *Le Progrés Dentaire).*

En esta revista encontramos la descripción de un caso muy singular. Trátase de un sujeto que sufría molestias y dolores por la presencia de una gran masa extendida por la parte inferior de la boca, y obligado á consultar el asunto, la medicina ordinaria lo calificó de «tumor óseo del maxilar inferior», habiéndosele aconsejado fuese á un hospital para extirpar la excrescencia.

La casualidad hizo que antes tuviese que ir á un dentista para extraerse dos molares superiores, y examinando éste la boca encontró dos incisivos inferiores artificiales cubiertos, así como la plancha, por una enorme masa de sarro de dos centímetros de espesor, cuatro de extensión y ocho gramos de peso según pudo verse después, no sin trabajo, y llevándose consigo cuatro dientes naturales que existían en la mandíbula inferior.

Interrogado el paciente recordó que llevaba en la boca desde hacía quince años la pieza inferior en cuestión sin habérsela quitado nunca, por cuya razón ya ni recordaba su existencia.

Pasado un mes de la extirpación y gracias al uso de colutorios antisépticos, la boca tomó aspecto normal y hoy usa el cliente una dentadura total muy á su satisfacción.

No sabemos á la vuelta de quince años lo que podrá pasar.

*
* *

Analgesia cocaino-adrenalínica en cirugía general.—(De la *Gaceta Médico Catalana.)*

Bartrini ha reconocido en la adrenalina cualidades anestési-

á la rápida difusión de la cocaína en la anestesia local. Ha asociado una y otra substancia para la anestesia dentaria con buen éxito.

Gangitano, por consejo de Tricomi (Bolonia), ha intentado su empleo en cirugía general, casi al mismo tiempo que Braun practicaba de este modo 132 operaciones sin encontrar inconveniente alguno.

La técnica seguida por Gangitano en 100 enfermos ha sido la siguiente:

1.° Prepara una solución de clorhidrato de cocaína al 0'50 por 100 en agua destilada y la coloca en un frasco coloreado de 50 cm³ de capacidad; tapa con algodón y durante dos días la esteriliza en el baño maría á la temperatura de la ebullición.

2.° Prepara una solución de cloruro de adrenalina al 1 por 1.000; cloruro de adrenalina una parte en mil de solución normal de cloruro sódico con 0'5 por 100 de cloretona.

Usa para las inyecciones jeringas de Roux de 10 cm³ provistas de agujas de varias dimensiones y formas. Hace la mezcla, aspirando con la jeringa primero la cocaína (nueve partes) y luego la adrenalina (una parte y dos si necesita una mayor isquemia). En los diez gramos de mezcla hay cuatro centigramos y medio de cocaína y uno ó dos miligramos de adrenalina, con cuyas cantidades es posible practicar operaciones importantes.

Inyecta el líquido después de haber introducido la aguja, retirándola poco á poco y vertiendo la solución. A los cinco ú ocho minutos empieza la operación sin provocar dolor. La analgesia y la hemostasis son absolutas en las operaciones superficiales. En las profundas, sobre todo si se trata de tracciones de tejidos, hay dolor y á las veces simple molestia.

Las operaciones han sido: 12 en la cabeza y cuello, 12 en el tórax, cinco laparotomías, 28 curas radicales de hernia inguinal y tres de hernia crural, dos de adenitis inguinal, 15 en el aparato uro-genital masculino, nueve en el femenino y 14 en las articulaciones.

Respecto al valor de esta analgesia, juzga exagerados los temores de Boterg y Trivas, relativos á la vasocontricción y hemorragia consecutiva; añade que no ha observado intolerancia en caso alguno y que la analgesia fué bien soportada por viejos, arterio-esclerósicos y cardíacos.

De las inyecciones de parafina en arte dentario.—(De *L'Odontologie.)*

Según Rodolphe, los casos de restauración bucal por la parafina que interesan al dentista deben ser divididos en dos grupos: Uno comprenderá las fisuras palatinas y las fístulas dentales, y otro las depresiones gingivales debidas á extracciones dentales y á la reabsorción alveolar consecutiva. M. Rodolphe no se ocupa más que de estas últimas. Inyecta en el tejido gingival con una jeringa de Pravaz la parafina de Eckstein fusible á 55°, obteniendo de este modo la restauración de depresiones alveolares profundas y una mejor adaptación de las piezas protésicas.

Vulgarización de la higiene de la boca.

Invitado por la Junta directiva del Centro Obrero de Madrid nuestro estimado amigo D. Vicente Pérez Cano, dió el sábado 27 de Febrero una conferencia sobre el tema: *¿Por qué debemos cuidar nuestra boca?*

Lleno el amplio salón de *compañeras y compañeros*, comenzó diciendo el conferenciante que los felicitaba *por cultos*, explicando la palabra así:

Recuerdo que en el año anterior tuve el gusto de explicaros en dos conferencias la anatomía y defensa de la boca y la higiene dentaria aplicada á los diversos oficios, y recuerdo que á la segunda conferencia vinísteis muchos más que á la primera, hoy que veo repleto el salón y que se me ha invitado sin que yo tenga méritos, reconozco que es cierta la al parecer, atrevida afirmación de que sois cultos, puesto que estas conferencias no se dan en los círculos de capitalistas, donde también hacen falta cepillos, colutorios y dentistas.

Dijo, que exigen el cuidado de la boca la estética, la palabra y la salud, desarrollando sus afirmaciones y matizándolas con recuerdos y notas oportunas que dieron amenidad al discurso.

Propuso la propaganda higiénica personal en el taller y en el domicilio, y les dijo, que como hombres progresivos en sociología desdeñaran la superstición, pues da mala idea del estado de las facultades intelectuales, ver á un hombre que lleva una castaña de indias en el bolsillo creyendo que así no le han de dolor las muelas.

Citó al «Eclesiastés», que recomendaba pensar en Dios para curar las enfermedades, pero sin dejar salir de casa al médico, elogiando después de otras citas al papa Adriano VI y á Mahoma, que pensaron en los cuidados bucales.

Por último explicó la conveniencia de enjuagarse después de las comidas, etc., etc., trazando todo un plan, que de seguirse, había de beneficiar no sólo á la clase obrera, si no á las demás y á la humanidad futura.

Fué premiado con grandes aplausos é invitado á dar otra conferencia en que explicará el modo de evitar las más importantes enfermedades de las encías y los maxilares.

El joven secretario general de la Unión Dental Española merece plácemes por su campaña de higienización dentaria entre la masa popular, idea que ha sido el primero en llevar á la práctica en España.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 11 de Marzo de 1904.

Se abre á las diez menos cuarto bajo la presidencia del señor Aguilar y con asistencia de los Sres. Sánchez (D. Bernardo), Subirana, López Alonso, Losada, Brito, Laguna, Porras, Salces, García Megías, Martínez Vargas, Romero, Alberdi, Pérez (don Tirso), Pérez (D. Vicente), López (D. Ricardo), Nogués y Mon.

Secretaría. El Secretario de actas lee las de las dos sesiones anteriores y son aprobadas.

El Secretario general da cuenta de un oficio de la Sociedad Odontológica Valenciana, participando la constitución de su nueva Junta directiva.

Ponencia sobre la tributación. *D. Tirso Pérez* presenta el informe que le fué encargado por la Sociedad acerca de una comunicación del Sr. Denamiel, de Málaga, leída en una de las primeras sesiones, acerca de la tributación profesional. El informe aconseja el establecimiento de patentes, y propone se estudie el asunto para que la Sociedad lo discuta y apruebe.

El *Sr. Losada* opina que debemos encaminar nuestros es-

tentes como los médicos. Esto último lo encuentra más equitativo quizá que la cuota fija y se extraña de que el Sr. Pérez, en su informe, no proponga una solución concreta.

D. Tirso Pérez dice, que como ponente, ha propuesto al estudio y resolución de la Sociedad el sistema de patentes como el más adecuado para borrar diferencias que existen siempre en los repartos.

En vista de que ningún socio más hace uso de la palabra sobre este extremo, queda el informe sobre la mesa, para su estudio y discusión en la sesión próxima.

Incidentes de práctica profesional.

Se abre discusión sobre el tema de D. Tirso Pérez, que dice: *ante la presencia de un absceso alveolar ¿cual es el tratamiento más rápido que debe seguirse?* y pide la palabra

El *Sr. Losada*, quien concretándose á la pregunta por el escaso tiempo dedicado á estos asuntos, dice, que lo primero que debe hacerse es desembarazar la cavidad de detritus, teniendo cuidado de no empujarlos hacia el forámen, el uso de antisépticos, que describe, en el canal y dejar abierto el diente. Si á los tres ó cuatro días no hay novedad, se limpia cuidadosamente el canal, siguiendo en caso de gran fluxión el tratamiento hasta que esta desaparezca. El caso de fístula, es á su juicio, el más fácil de tratar, por poder hacer pasar por ella líquidos antisépticos. En la actualidad emplea para esto el cloruro de zinc á saturación con muy buenos resultados.

D. Tirso Pérez opina, que el Sr. Losada, menos afortunado que otras veces, no se ha atenido á la pregunta. El tratamiento que él aconseja es el de un corte y lavados con ácido fénico cuando el absceso no está en período muy avanzado, pues en en este caso estima la extracción como único medio seguro.

El *Sr. Losada* deduce de las palabras del Sr. Pérez, que este proclama que el mejor cirujano es un sacamuelas, teoría con la que no está conforme, puesto que estos abscesos en general son curables.

Anestésicos locales. Disertación de D. Tirso Pérez

Se entra en la orden del día y comienza don Tirso Pérez su conferencia sobre: *Estudio sobre anestésicos locales en odontología.*

Se extiende en largas consideraciones sobre la anestesia y anestésicos en general y describe muy minuciosamente la composición y efectos de todos los anestési-

cos locales conocidos, deteniéndose muy especialmente al tratar de la *acoína* de la que presenta una estadística muy curiosa. De su conferencia se deduce, la preferencia que siente hacia este nuevo alcaloide, aunque dice que no es exclusivista y que emplea indistintamente y según los casos, el cloruro de etilo, la acoína, el benesol y la cocaína. Hace en el encerado algunas curiosas demostraciones y es muy aplaudido al terminar su disertación.

La Memoria, de una extensión considerable, denota un trabajo y un estudio ímprobos que son muy apreciados por la concurrencia, que á ratos y según costumbre se regocija con las humoradas clásicas ya en el disertante. No necesitamos decir las felicitaciones que recibió el simpático compañero por su árdua tarea, reveladora una vez más de sus entusiasmos y aptitudes.

El *Sr. Subirana* elogia grandemente la labor del Sr. Pérez, aunque dice, que á su juicio ha olvidado algo sobre la técnica operatoria. Trata de la suya en estos casos, extendiéndose en consideraciones basadas en su experiencia y en la opinión de autores eminentes, haciendo demostraciones en el encerado. Se detiene muy especialmente al tratar de la cocaína, por la que demuestra su predilección, observando que hoy se limita á usar centígramo y medio del alcaloide.

Habiendo transcurrido el tiempo reglamentario, se levanta la sesión, suspendiéndose esta discusión para la próxima.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE VIZCAYA

Esta Sociedad celebró sesión ordinaria el 23 de Febrero bajo la presidencia de D. Juan de Otaola y con la asistencia de los Sres. Blasco, Palacios, Laburu, García Orive, Ariño, Lilliot y Gorostiaga. Asiste también el Dr. Zabala.

Después del despacho ordinario, el Presidente hizo un elogio de la obra «Las Escuelas de Odontología en los Estados Unidos», acordándose consten en acta las gracias á su autor don Florestán Aguilar por su donativo.

El Presidente: Mi amigo el distingnido Dr. Zabala ha tenido la amabilidad de venir esta noche á darnos una sesión llevado de su amor á la ciencia y de su entusiasmo por estas Sociedades científicas; el Dr. Zabala, aficionado en extremo al estudio, ha viajado mucho ejerciendo la medicina en Francia. Ale-

mania y los Estados Unidos, siguiendo de cerca los progresos de la ciencia, y por esta razón su conferencia ha de llenar por completo vuestras aspiraciones.

El Dr. Zabala explana su conferencia que publicamos en otro lugar de este número, terminada la cual, y después de los aplausos tributados, toma de nuevo la palabra el Sr. Presidente para dar las gracias al disertante, cuyo trabajo elogia calurosamente. Le propone como Socio honorario y es aceptado con entusiasmo.

A continuación, el Sr. Otaola dió una conferencia sobre «Dientes con pulpa muerta», cuyos principales párrafos damos á continuación:

El Sr. Otaola: Para consumir el tiempo que falta, para terminar la sesión, voy á ocuparme de un asunto siempre interesante para nosotros, y aunque no trato de enseñar nada nuevo, por lo menos para recordar lo que todos los días estamos tratando.

Es tanto lo que se ha discutido y escrito acerca de las afecciones que pueden ser ocasionadas por los dientes con pulpa muerta, así como los tratamientos necesarios para obtener la curación de estos órganos enfermos, que con seguridad se necesitarían más de dos años para reunir en un conjunto todas las comunicaciones presentadas en las Sociedades Odontológicas y todas las observaciones relatadas en las revistas profesionales.

Explica lo que entiende por diente infectado y admite la denominación de Choquet de diente infectado á los dientes que tienen caries de primero ó de segundo grado, y diente patológico á todo diente cuya pulpa haya sufrido una contaminación microbiana por cualquier causa que sea, ó mejor dicho, al diente cuya pulpa no se conserva en un estado de integridad perfecta, pudiendo hacer de este modo una clasificación muy clara de dientes con pulpa viva y sana y dientes conteniendo el órgano pulpar lesionado.

Pasa luego á explicar las causas que pueden ocasionar la descomposición pulpar y como consecuencia las complicaciones que todos conocemos, pulpitis y periostitis en sus diversos grados de agudeza, fluxiones, abscesos, fístulas, quistes radiculares, necrosis de los maxilares, abscesos del seno, adenitis y alguna vez, aunque muy rara, la septicemia.

admite dos categorías: la descomposición pulpar *séptica* y la descomposición pulpar *aséptica*, llamando la atención sobre esta clasificación porque en el primer caso, ó sea la descomposición pulpar *séptica*, este diente patológico ocasionará 99 veces por 100 accidentes inflamatorios consecutivos rápidos, mientras que en el segundo caso y si se trata sobre todo de obturaciones metálicas como la amalgama, ó de líquidos cáusticos como el cloruro de zinc, el arsénico, etc., tendremos ocasión de ver que muchos de estos dientes cuya pulpa está mortificada, consérvase indolora durante muchos años.

Se extiende en largas consideraciones acerca de la descomposición pulpar séptica ocasionada por la penetración en la pulpa de los microbios causantes de la caries, explicando detalladamente todo el proceso morboso de estos dientes citando las teorías de Choquet acerca de la fluxión.

Describe los fenómenos que se producen en el curso de una infección ocasionada por los dientes patológicos, y cita algunos descriptos por Miller que terminaron por la muerte.

Recordando una obra de Port, dice, que dada la gran cantidad de microorganismos que pululan por la boca, es verdaderamente raro que las extracciones dentarias no sean con más frecuencia fuente de infecciones, y aconseja á los prácticos que se dedican á las extracciones la mayor observación y escrupulosidad sobre la asepsia y antisepsia.

Después pasa á ocuparse de los tratamientos más convenientes empleados, así como de los materiales necesarios para la obturación de las raíces.

Los primeros, dice, que se ocuparon del tratamiento de las raíces y de la obturación de los canales radiculares fueron los Dres. Maynard y Baker, dentistas americanos que trataron de extraer las pulpas en descomposición y obturar éstas raíces con oro.

Su manera de operar no fué imitada al principio porque entonces se prefería la extracción ó tratarles con el arsénico, pero insensiblemente tuvieron sus adeptos, y á la creosota que ellos empleaban como desinfectante la sustituyeron por el ácido fénico y el cloruro de zinc.

Se empezaron á usar los tiranervios y los escarificadores finos; al oro empleado como substancia obturatriz, se le sustituyó

la de París, la goma sandaraca, el lactofosfato de cal, el óxido de zinc, la creosota, materias muchas de ellas que hoy todavía se emplean.

En este período es también cuando se empezó con el tratamiento conservador de la pulpa en las caries avanzadas de segundo grado y se llegó á conocer que algunas materias, tales como el algodón y la yesca tenían que ser reemplazadas por otras que no se descompusieran.

Se trató primeramente de que la saliva no penetrase en los canales radiculares una vez empezado el tratamiento y se empleó el calor seco ó asociado á diversos medicamentos.

No voy á detenerme, dice, en el tratamiento de estos dientes por ser sumamente conocido de todos, pero si diré, que lo primero que se debe hacer cuando hay que tratar una caries de cuarto grado, es ensanchar todo lo que se pueda la entrada de la cavidad pulpar, primero para poder introducir mejor y más fácilmente la sonda en los canales radiculares y segundo para poder limpiar mejor con la jeringa la cámara pulpar de los productos de descomposición que contiene.

Habla de las dificultades que se presentan para hacer la misma operación en los canales radiculares y se muestra partidario de las teorías sustentadas por Mr. Caush en la Sociedad Odontológica de la Gran Bretaña, de que no se puede afirmar jamás, que un diente obturado á pesar de todo el cuidado que se ha tenido para la desinfección, no ocasione más ó menos tarde accidentes inflamatorios.

Se ocupa detenidamente del ensanchamiento de los canales por medio de *drills* ó de mechas, colocadas bien en el torno de fresar ó bien sobre un instrumento de mano, señalando los inconvenientes de la trepanación ó ensanchamiento de los canales radiculares y citando una discusión muy animada que sobre este punto sostuvieron los Sres. Amoedo y Losada en el último Congreso celebrado en Madrid.

Explicó diversas causas de accidentes inflamatorios consecutivos á la desinfección, haciendo notar lo rigurosamente asépticas que deben estar las sondas, recordando varias observaciones de Starch, de Alemania.

Recuerda también á Mr. Choquet, que dice, que no se debe hacer *pistón* con la mecha de algodón, porque este movimiento es casi siempre seguido después de cinco ó seis horas de un

principio de periostitis interna ocasionada por la penetración en el periostio de productos sépticos.

Pasa después á explicar los tratamientos de los dientes patológicos que se conocen hasta el día, que son el tratamiento conservador y el tratamiento desinfectante propiamente dicho.

Witzell divide en dos clases el tratamiento conservador:

1.° Tratamiento conservador de la pulpa enferma.

2.° Tratamiento conservador de los haces pulpares después de la desvitalización de la pulpa por el ácido arsenioso y amputación de la pulpa dentro de la cámara pulpar.

Muchos y notables trabajos han sido publicados sobre este asunto, y como todos estáis enterados no hago más que citarlos.

El tratamiento desinfectante ó no conservador que practica hoy el 90 por 100 de los dentistas, se puede dividir bajo el punto de vista del método empleado, en dos clases:

1.° Los partidarios del tratamiento mediato.

2.° Los partidarios del tratamiento y obturación mediata.

El primer caso comprende el tratamiento racional, que consiste en disinfectar una raiz progresivamente en varias sesiones más ó menos separadas, según el estado del diente y según los antisépticos empleados, debiendo decir aquí, que después de las experiencias de Black, Muller y otros, que se tiende cada vez más á emplear las esencias volátiles como desinfectantes.

El segundo caso comprende la desinfección rápida de los canales radiculares en una sola sesión, así como la obturación inmediata. Este tratamiento fué introducido en la práctica hace unos once años por un dentista de Viena, y aquí entra también el recomendado por Mr. Bonnard por medio del cloroformo.

No podría dejar de citar el notable trabajo presentado al Congreso de París de 1904 por nuestro compatriota el distinguido dentista Sr. Trallero.

El Sr. Trallero divide la caries dental en dos grupos, que subdivide cada uno en dos partes.

El primero, caries sin tratamiento.

El segundo, caries con tratamiento.

La primera parte del primer grupo es tratada por todos en una sola sesión, salvo cuando la dentina es sumamente sensible y aconseja en este caso como analgésico precioso el aire caliente.

La segunda parte comprende el *coiffage*.

pulpa viva. Dice el Sr. Trallero, que este caso lo ha tratado siempre por los procedimientos ordinarios en dos sesiones, hasta que el Sr. Losada, en Septiembre de 1899, demostró su procedimiento para la extirpación de la pulpa en una sola sesión. Recomienda para la obturación inmediata de los canales la siguiente fórmula, que nos enseñó en el Congreso de Barcelona de 1899. Dos partes de óxido de zinc, una de xeroformo y una cantidad de eugenol suficiente para hacer una pasta espesa.

El segundo grupo, segunda parte, comprende la caries con pulpa muerta, y esta es, sin contradicción, la parte verdaderamente interesante, como he dicho anteriormente.

Una vez conocido que los antisépticos empleados calientes poseen un poder bactericida mucho mayor que cuando se emplean fríos, se trató de buscar la manera de obtener una temperatura que el diente pudiese soportar.

Entonces se inventaron los inyectores de aire caliente.

Hoy, gracias á estos instrumentos, podemos obtener un calor constante que el diente puede soportar y que permite volatilizar los líquidos antisépticos empleados.

Se han inventado después numerosos aparatos, debiendo citar el inyector de Mr. Loup, presentado en el Congreso de Bordeaux de 1897, y la jeringa para inyecciones radiculares del Dr. Amoedo.

Y para terminar citaré los tratamientos que han sido más recomendados: el de Poinsot, para el tratamiento de las raíces por medio de la electrolisis; el de Godon, por el uso de las sondas galvano-cáusticas; el de Bonnard, por medio del agua cloroformizada; el de Sillard, por el carbón; el de Mahé, por el airol; el de Legret, por el de simples lavados de agua pura repetidos con frecuencia, y otros muchos.

Terminó aquí su interesantísima conferencia, oyendo grandes aplausos de todos los concurrentes, y acto contínuo se levantó la sesión.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE GUIPÚZCOA

En sesión celebrada por esta Sociedad el pasado Enero, además de los distintos puntos tratados que expusimos á su tiempo, el presidente D. Hipólito Lobato presentó un caso práctico á la consideración de sus compañeros.

Trasladamos sus palabras á nuestros lectores.

«El caso que aquí tenéis á la vista es de un segundo molar izquierdo superior, que como podéis ver, está soldado por su raiz á la cordal del mismo lado, por consiguiente, se estableció una lucha entra la cordal que quería salir y el molar que no la dejaba. Al examinar el caso, confieso que creí que se trataba de que la muela cordal no tenía sitio para su desarrollo y eso producía la inflamación y dolores que el paciente sentía, y le propuse la extracción del segundo molar, que es lo que creo está indicado en estos casos, así es que mi sorpresa fué grande cuando me encontré con que las dos muelas formaban un solo cuerpo y que la cordal no hubiese podido salir nunca al exterior, pues como podéis observar, aún le faltaba bastante y nunca hubiese sido posible vencer la resistencia que se le oponía. Así es, que si alguna duda quedaba sobre la indicación de extraer los segundos molares, cuando ocasiona trastornos la salida de la cordal, creo que con este veréis claro, que el no proceder á la extracción puede dar lugar á grandes trastornos en algunos casos.

Repito, que este hecho lo consigno, más que por la importancia que puede tener, por daros el ejemplo y para que hagáis lo mismo con todo lo que encontréis anormal en la práctica de la profesión, pues por insignificante que os parezca puede enseñarnos grades cosas».

También el Sr. Oliveira dió cuenta con todo género de detalles de un cálculo salival presentado en la boca de un cliente suyo, pronunciando acerca del asunto palabras demostrativas de sus extensos conocimientos.

UNIÓN DENTAL ESPAÑOLA

Bajo la presidencia de D. Manuel Antón y con asistencia de buen número de socios celebró sesión esta sociedad el día 11 de Febrero.

El Secretario de actas pide á la Junta le dispense por no tener la de la sesión anterior, pues dice, que al salir se puso enfermo é ignora si la dejó en la Casa de Socorro.

Da lectura de los acuerdos que se tomaron en aquella sesión y son aprobados.

Seguidamente lee el acta de la sesión ordinaria de Enero que es aprobada.

El Sr. Pérez Cano dió cuenta del despacho de Secretaría.

lee varias cartas y contestaciones á las mismas, una rectificación, á su entender, galantemante publicada por LA ODONTOLOGÍA y dice que este mismo periódico, al que están agradecidos, ha publicado el artículo, cartas y rectificaciones del asunto del señor Subirana.

Se aprueban todos los asuntos así como la admisión de don José Vila como socio de número.

También refiere el Sr. Pérez Cano los trabajos hechos por la Directiva para la publicación de la revista *Unión Dental Española*, órgano oficial de esta colectividad y son aprobados.

El Sr. Antón, dice que se va á proceder á votar el Consejo de Redacción.

Propone el Sr. Pérez Cano que dicho Consejo se componga de cinco individuos en lugar de tres como se había pensado, pues los múltiples proyectos que están en estudio han de constituir un trabajo penoso.

Se aprueba esta proposición.

El Sr. Cunnington renuncia á figurar pomposamente en la Redacción, y se ofrece particularmente para ayudar en todo lo que pueda á sus compañeros como mero Secretario ó Redactor traductor.

Se procede á la votación del Consejo de Redacción y dá el siguiente resultado:

Director, D. Vicente Pérez Cano; Redactor-jefe, D. Rafael Serrano; Administrador, D. Manuel Antón; primer Secretario de Redacción, D. José Sánchez; segundo Secretario de Redacción, D. Miguel Angel Bernabeu.

Acto seguido pronuncia el Sr. Pérez Cano un largo discurso de agradecimiento por recompensarle sus queridos consocios lo que trabaja por la Unión Dental y esboza un programa indicando la norma que ha de seguir. La Unión Dental, inaugurando cursos científicos, celebrando exposiciones y concursos y publicando ahora una Revista, está haciendo una revolución profesional en España.

Mi corazón y mi cerebro estarán siempre de parte de mis queridísimos colegas». (Aplausos).

También dá las gracias en nombre de los demás redactores el Sr. Antón.

D. Miguel Angel Bernabeu, miembro de la Comisión organizadora de la II Exposición Odontológica, relata los trabajos

hechos y lee el Reglamento de la misma, siendo todo aprobado.

En sesión secreta se discuten el tercero y cuarto punto de la orden del día.

Léese una proposición suscrita por varios señores socios pidiendo que se nombren Contador y Bibliotecario, y después de discutida se acuerda quede sobre la mesa por ahora.

Hacen varias preguntas los Sres. Pinto, Alcaide, Barba y González, relacionadas con sus cargos los primeros, y el último exponiendo una duda, y se levanta la sesión á la una menos cuarto del día 12.

COMUNICADO

Con gusto accedemos á lo que nos pide el director de *La Moderna Estomatología* en la siguiente carta:

Sr. Director de LA ODONTOLOGIA:

Mi estimado compañero: Para hacer completa la información y no para otra cosa, (pues no vale la pena) que en sus páginas hizo en el número de Enero respecto á un artículo mío que enojó al Sr. Presidente de la Unión Dental, le ruego que publique el artículo mío de referencia causante de todo, como así debía haberlo hecho el autor del comunicado y hubiera cumplido además un acuerdo de la Sociedad. ¿Cómo quiere ese buen señor que juzque el público ilustrado de su Revista, si empieza por no darles á conocer el artículo causa de su querella?

Dice así:

PARA QUIEN SEA

Por carta que hemos recibido de un muy apreciable compañero de una importante capital de provincia levantina, nos enteramos de que ha sido nombrado por una Sociedad dental de esta corte, que por cierto no es la Odontológica Española, socio corresponsal en aquella ciudad á uno de tantos personajes que, siendo su profesión la de barbero, se dedican por *sport* á la extracción de dientes y á su sustitución artificial sin título que por lo menos acredite su derecho, ya que en España no siempre acreditan la suficiencia.

Nuestro comunicante protesta, á entender propio, con mucha razón, de que una Sociedad científica conceda un título tan preciado á personas que, además de inhabilitadas, tanto desdicen, en general, por su cultura, por sus honorarios y por sus procedimientos, y los cuales no acostumbran á ver en estos títulos más que vanas é intercesadas satisfacciones, que por cierto no son para lo que fueron creados.

Sin pretendar inmiscuirnos en las disposiciones reglamentarias de la Sociedad aludida, á la cual no tenemos el honor de pertenecer, aunque estimamos en su justo valor real que es además muy merecido, sí creemos lícito manifestar, y más hoy que tantas y bienvenidas Sociedades existen, que estos honores sólo deberían adjudicarse á personas, no sólo que tengan el título, sino que ejerzan con moralidad sobre todo, pues mecánico ó ayudante puede haber que carezca de documento válido ante la ley, pero puede tener la que le impone el código de su con-

el que humilla con actos impropios de la severidad profesional el que le otorgó un tribunal docente.

Nada, absolutamente nada, sacará la Sociedad Odontológica con su Comisión contra el intrusismo: nada con su reciente y utilísima Cartilla repartida con profusión en los cuatro ámbitos de España; nada con su tenaz campaña de ética profesional, y estériles serán los trabajos todos de la prensa, mientras otras Sociedades, pródigas y poco escrupulosas, adjudiquen títulos de corresponsal á gente sin título que alternan la navaja con el forceps, que entablan la competencia remunerativa como el industrial al por menor y otra serie de minucias, secuela, como es natural, de quien no siente en su interior ese sagrado respeto á su título profesional, que por lo que representa y significa es parte integrante de nuestro honor. Esa gente sólo quieren la corresponsalía para lucir el título en la sala de espera y para darse la enhorabuena en los bondadosos periódicos locales en sueltos que ellos mismos modestamente se redactan.

Vea, pues, esa Sociedad si ese buen señor es corresponsal de la Ciencia que ella difunde, de la Ética que predica y del Progreso que es su norma.

L. SUBIRANA.»

De la lectura de este artículo y de las rectificaciones que le sucedieron, y que ya se conocen, se deducirá lo siguiente:

1.° Que yo me hice eco de una queja y que *sin ofensa para nadie la comenté*

2.° Que el Sr. Presidente por toda rectificación envió un lato comunicado *insultando* á la persona que se quejaba y pretendiendo molestarnos á nosotros, haciendo poco honor á la Sociedad cuya representación se abrogaba.

3.° Que al contestarle le pedimos que se ciñera al asunto que quería rectificar y que retirara las palabras molestas

y 4.° Que nos contesta amenazándonos que se pondría en «comunicación con las leyes», cosa que no ha hecho.

Lo repetimos: como hombres estamos sujetos al error, y daremos siempre satisfacción de nuestros actos á quien por el modo de pedirla sea acreedor á ella: con insultos y amenazas, jamás.

Por lo demás, y para terminar, estamos dispuestos á someter al criterio de tres personas imparciales nuestro artículo en cuestión, y si le consideran ofensivo y le creen acreedor de la inatentísima rectificación del comunicante, daremos á la Unión Dental la oportuna satisfacción y depositaremos 250 pesetas de nuestro particular bolsillo al Sr. Presidente de la Odontológica Española para que sean destinadas á un fin benéfico.

¿Si tan seguro está que no le ofusca la soberbia, porqué no acepta en iguales condiciones el señor comunicante?

Gracias señor Director, y queda como siempre atento compañero q. b. s. m., *Luis Subirana.*—24 Febrero, 1904.

RECETAS Y CONSEJOS

Aluminio para planchas.—Por espacio de unos cuantos años he usado una aleación de aluminio y plata y tengo la firme convicción de que esta aleación resiste los efectos de las secreciones de la boca. Observo también que la tendencia del aluminio á despegarse se vence usando esta alea-

se usa caucho pesado, no se despegará como ocurre con el ordinario.—(BROPHY, *Dental Digest.*)

Manera de extraer el relleno de gutapercha del canal de la raiz.—He abierto un canal que se había rellenado de gutapercha dejando un algodón con cloroformo en la cámara pulpar durante un día, dándome excelentes resultados á pesar de no haber obtenido éxito ninguno con los diferentes métodos.—(H. L. WHIPPLE, *Dental Review.*)

Conservación de los molares cariados bajo el borde gingival.—Adáptese una banda como para las coronas de oro. Contornéese la parte cariada que ha de restaurarse soldando oro ó platino suficiente para que articule contra los dientes inmediatos. Suéldese en el interior de la banda un perno de platino de un diente de porcelana roto para que entre dentro de la cavidad. Ajústese la banda, llénese la cavidad con cemento y termínese la superficie con un bloque de porcelana, oro, zinc ó amalgama. —(W. FAILEY, *Items of Interest*)

Extractores de nervios rotos.—En el caso en que se rompa un extractor de nervios en el canal atravesando el ápice, llénese el canal y penétrese por el alveolo con una fresa redonda y extráigase la punta.—(E. A. KAKER, *Dominion Dental Journal.)*

Modo de quitar la escayola de las escupideras.—Cuando la escayola se ha dejado en la escupidera hasta llegar á endurecerse, viértase agua hirviendo en ella y déjese así por espacio de dos minutos. La escayola puede entonces desprenderse en la mayor parte de los casos sin necesidad de espátula.—(ABRAHAM M. KAAS, *Dental Review.)*

Modo de limpiar las limas.—Satúrese un cepillo de dientes con cloroformo y frótense con él las limas fuertemente; de este modo se conseguirá que se desprendan todas las materias que se acumulan en las serraciones.—(C. J. HADLEY, *Dental Review.*)

Cuellos denudados de los dientes.—Si el paciente es todavía joven, es decir, tiene menos de cuarenta años, se puede conseguir crezca la encía y se recubra en parte la raiz, teniendo gran cuidado y estimulándola suavemente con iodo y óxido de zinc, aplicados sobre ella á intervalos de una á dos semanas.

Es muy molesto y requiere mucha paciencia. Los medicamentos deben alternarse y cambiarse con frecuencia. Mientras dure el crecimiento del tejido de la encía debe usar el paciente un cepillo blando y un dentífrico compuesto de una parte de jabón blanco de castilla y nueve partes de precipitado de cal.—(A. W. HARLAN, *Items of Interest.)*

Tratamiento del absceso alveolar con fístula.—Envuélvase un algodoncito en un instrumento de acero, sumérjase en ácido tricloracético é introdúzcase el ácido dentro de la encía teniendo especial cuidado en que no se ponga el ácido en contacto con la membrana mucosa de la boca, pues produce quemaduras que causan bastante dolor. Cuando se tiene

ña cantidad que penetre por la encía no causa dolor al paciente, aunque adquieren un color blanquecino los tejidos cercanos á la abertura. Después de hacer una inyección del ácido cierro el diente y despido al paciente por dos ó tres días; después quítese el relleno temporal, límpiese perfectamente el canal con dióxido de hidrógeno y repítase el tratamiento. Casi todos los casos se curan á los dos tratamientos. Relleno la raiz y el diente después del segundo tratamiento y espero por lo menos una semana para ver si se ha curado la fístula completamente.—(C. C. NOBLE, *Dental Register.)*

Aplicación del rubberdam sobre las cavidades cervicales profundas.—Límpiese la cavidad perfectamente, mézclese un poco de cemento que se endurezca con rapidez y rellénese cubriendo todos los márgenes. Se anestesia lo encía con un poco de cocaína mientras se endurece el cemento. Entonces se aplica el rubberdan, encontrando una facilidad tan grande para ajustarlo, que compensa al operador del tiempo requerido para colocar el cemento. Este método economiza realmente tiempo al operador y hace que la operación no produzca casi ningún dolor al paciente. Una vez ajustado el rubberdam puede extraerse el cemento con suma facilidad.—(*Dental Review.*)

El café como germicida.—Los profesores Crane y Friedlander, que han hecho experimentos sobre sus propiedades bactericidas, aseguran que el café tostado es un agente sumamente activo en la destrucción de los gérmenes, incluso de los más serios é importantes.—(*Exchange.*)

Hemostático muy eficaz.—Un algodón humedecido en aceite de trementina é introducido en el alveolo del diente después de hecha la extracción, contiene la hemorragia inmediatamente.—(*Medical Summary.)*

Polvos de dientes.—Una fórmula de polvos dentífricos muy conveniente para los que padecen de piorrea alveolar, es la que consiste en 90 gramos de cal preparada, 5 gramos de polvos muy finos de pomez y salol y una cantidad suficiente de aceite de menta piperita y carmin. Úsese por las mañanas con un cepillo fuerte haciendo un lavado antiséptico de la boca.—(*Medical Journal.*)

Gutapercha rosa para los dientes de los niños.—El Dr. Ottolengui considera la gutapercha rosa como la materia más segura para los rellenos temporales, en primer lugar porque excluye la caries, y además porque su caracter temporal hace que vuelva pronto el paciente para practicar la obturación definitiva.—*(Dominion Dental Journal.)*

Para evitar la expansión de la escayola.—Cinco gramos de sulfato de potasio en cuarenta centímetros cúbicos de agua para hacer la mezcla de la escayola, á la vez que acelera su endurecimiento evita en gran parte su expansión. Antes de adicionar la escayola disuélvase el sulfato potásico en el agua.—*(Dental Cosmos.)*

Modo de aliviar los dolores neurálgicos.—El guayacol mezclado á partes iguales con glicerina y aplicado sobre el sitio de la neuralgia, pro-

Procedimiento para hacer desaparecer la oxidación de los instrumentos de acero.—Para conseguir esto, Sangu recomienda se sumerjan durante la noche en una solución saturada de clorato de zinc.

Cuando se saquen los instrumentos deben enjuagarse en agua clara, ponerse en soda caliente y solución de jabón y secarse después.—(*Pacific Medical Journal.*)

CURIOSIDADES

Las tintas.—El Instituto Bacteriológico de Viena ha examinado diversas tintas que había motivo para creer perniciosas, y ha comprobado que en la mayor parte de los tinteros existen en abundancia toda clase de microbios.

Con este motivo ha avisado á la autoridad universitaria para que ésta haga saber á los escolares que tengan cuidado con la tinta para evitar intoxicaciones.

Lo que corre una navaja.—Se ha hecho un cálculo curioso: determinar la distancia que recorre una navaja de barba en el movimiento, ó mejor dicho, la serie de movimientos precisos para afeitar la cara.

En cada operación la navaja recorre 14 metros por término medio. Considerando la vida entera de un hombre, y partiendo del supuesto de que ha comenzado á afeitarse cuando tenía 18 años, resulta que ha recorrido su navaja la distancia de 275 kilómetros, ó lo que es lo mismo, cerca de 70 leguas.

Longevidad médica.—El médico más viejo del mundo es un francés llamado Dr. Juan David, nacido en Montpellier y que ejerce su profesión en los Estados Unidos en el pueblo de Grabes, en donde ha celebrado el 102° aniversario.

¡Qué archivo de recuerdos mortuorios!

Ingerto de la piel de una negra en una joven blanca.—Miss Ellison, de diecinueve años de edad, Kansas, hace un año que á consecuencia de haberse desbocado los caballos del carruaje donde iba, fué arrastrada á una larga distancia, se hizo en el brazo izquierdo una desgarradura de la piel del hombro hacia el codo; el Dr. F. T. Sawyer practicó la transplantación de la piel, tomándola de la espalda de una joven negra y colocándola en el lugar del brazo lesionado, la operación se realizó con el mejor éxito; pero á las pocas semanas la piel tenía un color rojizo, parecido al de una quemadura y á medida que se iba apagando dicha coloración, aparecieron manchas obscuras que se extendían hasta cubrir todo el espacio que ocupó la herida, la que se coloreó de negro, como la piel de cualquier negro, y la mancha negra se fué extendiendo en todas direcciones á más de dos pulgadas y á cuatro en dirección del codo. El Dr. Sawyer opina que dicha mancha negra continuará extendiéndose y

pecialistas que la han examinado creen que nada puede hacerse para impedir su progreso.

*
* *

Entre todos los seres de la creación el dentista es el más maravilloso, pues come con los dientes de los demás.

HOJAS SUELTAS

Casos de infección.—Son bastante frecuentes los casos que se registran de los que pudiéramos llamar «accidentes del trabajo» entre los dentistas. Nuestro querido compañero el Dr. Amoedo, de París, está aún enfermo de la vista á consecuencia de una infección contraída por salpicaduras de la saliva de un cliente.

Nuestro estimado colega de la Coruña D. José Betancourt, también ha necesitado sufrir una operación en la mano derecha como resulta de un pinchazo sufrido mientras operaba.

Estos accidentes deben servir para ponernos en guardia, no sólo contra las infecciones ocasionadas por instrumentos sucios en el operador, sino para no olvidar la importancia que tiene la antisepsia rigurosa del material quirúrgico del dentista.

La reseña del Congreso.—Causas ajenas á nuestra voluntad nos han impedido publicar en el presente número la acostumbrada reseña de los trabajos del XIV Congreso Internacional de Medicina. En el próximo reanudaremos este interesante trabajo.

Nueva Sección Odontológica.—En la Real Academia de Medicina de Barcelona se ha creado una Sección de Odontología, á la cual pertenecen ya nuestros queridos compañeros Calpe, Meifren (padre é hijo), Pons, Costa, Montgomery, Damians, Trallero, Bau, Bofill y otros.

Renuncia.—Por dimisión de su cargo, ha dejado de pertenecer á la Sociedad Odontológica de Guipúzcoa, de la que fué Secretario desde su fundación, D. Abilio Sáenz, de Irún

Congreso de climatoterapia y de higiene urbana.—Este Congreso se reunirá en Niza del 4 al 9 de Abril (vacaciones de Pascua), bajo la presidencia de M. Chaotemese. Se han obtenido grandes rebajas de las Compañías de ferrocarril y en los hoteles para los congresistas, de las cuales dará noticias detalladas el Dr. Camous (2, rue de l'Opera, Nice) á cuantos se dirijan á dicho señor en tal concepto.

Los congresistas harán excursiones á Mónaco, Mentan, Cannes y Grasses. Para formar parte del Congreso debe enviarse al Dr. Bonnal, tesorero (19, boulevard Víctor Hugo, Nice), la suma de 20 francos.

El Dr. Espina y Capo.—Más de treinta años de constantes y meritorios servicios combatiendo una de las dolencias más terribles que afligen á la Humanidad, han valido al ilustre médico D. Antonio Espina y Capo el honor de ser nombrado presidente del Comité español para la

También la Academia Médico Quirúrgica Española ha premiado sus trabajos y sus desvelos en pro de la ciencia, otorgándole el nombramiento de Socio de mérito.

Reciba por todo ello nuestro parabién.

Nueva desgracia.—A la desgracia del fallecimiento de su tío el doctor Calvo, de que nos ocupamos en otro lugar de este número, acaecida recientemente á nuestro querido amigo el Dr. Guedea, á unido tres días después la de su señora madre, hermana del Dr. Calvo y Martín.

De nuevo insistimos en nuestro sentimiento más profundo y aconsejamos á nuestro amigo la resignación necesaria para sobrellevar la pena de dos pérdidas tan grandes y consecutivas.

Pésame.—Nuestros buenos amigos, los acreditados dentistas de Lérida Sres. D. Ramón Montull y D. Wenceslao Alonso, han tenido la desgracia de perder á sus tiernos y hermosos niños Ramón y Wenceslao, respectivamente. Acompañamos á aquéllos y á sus apreciables familias en el sentimiento que les embarga por sucesos tan dolorosos.

Nueva revista.—Hemos recibido la *Higiene Práctica*, órgano oficial de la Sociedad Española de Higiene, dirigido por el Dr. Larra y Cerezo.

Es una excelente revista dedicada á la propaganda higiénica y avalorada por las firmas de médicos eminentes en la materia.

Se servirá gratuitamente á los obreros que lo deseen. Esto es hacer las cosas bien.

Menos médicos.—Según una estadística que publica la *Gaceta de Colonia*, el número de estudiantes de Medicina va disminuyendo progresivamente, calculándose que el número de los matriculados en este curso es inferior al del pasado en un 20 por 100.

Un periódico comenta jocosamente la noticia diciendo: Bueno, ya tenemos menos médicos. Veremos si tenemos en lo sucesivo menos enfermedades.

Exámenes de Reválida.—Hace pocos días se verificaron en San Carlos exámenes de Reválida de nuestra profesión á petición de un alumno suspenso en estos mismos ejercicios en Septiembre último. (Todo alumno suspenso en toda clase de grados tiene derecho á solicitar nuevo examen transcurridos que sean tres meses de la suspensión.)

D. José Caja Carmona, que es el alumno en cuestión, mereció la calificación de aprobado en los tres ejercicios.

Felicitamos al nuevo compañero.

Otro colega.—Hemos recibido el primer número del nuevo colega *Unión Dental Española*, órgano de la asociación del mismo nombre.

Es una muestra más de la actividad que esta Sociedad está constantemente desarrollando.

Saludamos muy cordialmente á esta revista, que viene á nutrir más la prensa profesional española, y le deseamos larga y próspera vida.

LA ODONTOLOGIA

Año XIII | Abril 1904 | Número 4.

TRABAJOS ORIGINALES

HIPERTROFIA É HIPERPLASIA DE LA ENCÍA

por el DR. JULIO ENDELMAN (Filadelfia, E. U.)

Catedrático adjunto de Materia Médica en la Facultad Dental de la Universidad de Pensilvania.

En el tratamiento de la hipertrofia lítica é hiperplasia, como en todas las manifestaciones patológicas, deben tenerse en cuenta los factores que las causan para indicar un tratamiento en armonía con ellas.

La hipertrofia lítica se divide en local ó general, según esté afectada una parte ó toda la región de la encía. La variedad local se encuentra frecuentemente en la práctica dental en forma de bordes de encía pendientes y puede estar localizada en la región correspondiente á uno ó varios dientes, pero la clase general de hipertrofia que abarca toda la región de la encía, y que propiamente hablando debe designarse con el nombre de hiperplasia lítica, es una afección rara, de la cual sólo se registran un número limitado de casos.

Los bordes de encía colgantes y las hinchazones líticas observadas en las bocas que se encuentran en estado anti-higiénico, son perturbaciones que propiamente hablando, pertenecen á la variedad hipertrófica de enfermedades en las cuales el crecimiento anormal de las encías *en masse* debe clasificarse bajo el nombre de hiperplasia.

En la hipertrofia, el crecimiento se debe á un aumento de tamaño de las células, mientras que la hiperplasia implica una división y proliferación de los elementos celulares.

Creo no estará de más una ligera descripción de la patología de la hipertrofia é hiperplasia en general, pues el tratamiento de esta perturbación nutritiva, donde quiera que se encuen-

anatomía patológica. En términos generales puede afirmarse, que la hipertrofia é hiperplasia son la consecuencia de un metabolismo defectuoso. La razón nos dice, que si el grado de trabajo ejecutado normalmente por un órgano cualquiera representa en cierto período de tiempo una cantidad de energía inferior á las unidades *kineticas* representadas por los elementos nutritivos suplidos á su *parenquima*, el resultado se manifestará en un aumento en el tamaño y quizás en el número de sus células. Pero considerando el suministro de nutrición como causa probable de las perturbaciones en cuestión, no podemos perder de vista el hecho de que es siempre necesario cierto grado de irritación para poder estimular á la célula para que asimile el exceso de nutrición, pues á falta de estimulantes convenientes, la célula absorverá su subsistencia. Este aumento se asocia íntimamente con la circulación, que á su vez ejerce influencia sobre la acción nerviosa refleja. Si una célula ó grupo de células es el foco de una irritación continua pero débil en carácter, un acúmulo de sangre superior al normal afluirá á la parte, como resultado de una estimulación vaso-motora.

De aquí se verá fácilmente que si la energía allí manifestada como resultado de exceso de sangre no encuentra una salida conveniente á la actividad funcional normal, con el tiempo y bajo favorables condiciones producirá un aumento en el tamaño de las células ó en el número de las mismas. Además, la hiperplasia puede ocasionar un decrecimiento en la actividad funcional de un órgano, aún cuando la nutrición sea la misma, como se comprueba en las raíces hipercementadas de los dientes que han perdido sus antagonistas.

En vista de los conocimientos actuales de los factores que influyen en el mantenimiento del equilibrio de las fuerzas vitales, tenemos que aceptar que el decrecimiento de la actividad funcional es la causa de la hipertrofia.

Ziegler afirma, que la disminución de uso en los tejidos que estén normalmente en uso constante puede ser causa de la hipertrofia. Por ejemplo, una descamación disminuída de la capa epidérmica de la piel produce un engrosamiento patológico de ella. Si los incisivos de los roedores no se desgastan normalmente á consecuencia de la destrucción de un diente antagonista ó por la posición oblícua de los mismos, pueden en ocasiones

Ziegler sin embargo considera, que la causa más común del nuevo crecimiento patológico es una irritación frecuentemente repetida ó persistente de los tejidos de naturaleza mecánica ó química, asociada á perturbaciones de circulación.

Las encías hipertrofiadas se observan á veces en los sifilíticos como resultado de la irritación de la membrana mucosa bucal producida por la eliminación de mercurio, que como sabemos, se verifica en parte por la membrana mucosa de la boca.

Roe *(Dental Cosmos* vol. XIV, núm. 4), reconoce dos formas de encías hipertrofiadas, la verdadera y la localizada. Los casos que él describe como pertenecientes á la verdadera variedad de hipertrofia, deberían clasificarse mejor bajo el nombre de hiperplasia, pues del examen histológico que reveló, la presencia de numerosos vasos y células linfáticas en la capa superior del tejido propio y un número anormal de elementos conectivos en la cara más profunda, así como el del crecimiento implicaría una proliferación de las células indicativas de la hiperplasia.

En las secciones hechas de los crecimientos amputadas por Roe y teñidos por el método de Weigert, se encontraron muchos hongos de la fermentación, lo cual hizo creer al autor que el *sacaromiceto* es la causa de este estado.

Del anterior examen hecho sobre la patología de la hipertrofia é hiperplasia, debe deducirse que el aumento en el tamaño (hipertrofia) ó en el número de las células (hiperplasia) de un órgano es el resultado de una irritación lenta ó continua, ó de la actividad funcional disminuida, aún cuando la nutrición suplida al órgano sea siempre la normal. El objeto de hacer una pequeña descripción de la patología de esta enfermedad, ha sido principalmente indicar la necesidad de eliminar en el tratamiento el factor irritante y de inducir al órgano hipertrofiado á que recobre su cantidad normal de actividad funcional antes que se haya operado una curación ó una mejoría.

La hipertrofia local de la encía se produce generalmente por irritación mecánica, por un aparato protésico mal construído, por la mala adaptación de una corona, aparatos de regulación, puentes de metal ó planchas de vulcanita, como también por el uso innecesario de los clamps del rubberdam. Algunos casos son producidos evidentemente por el áspero borde cervical de un re-

no rellena y quizás por la irritación química y microbiana.

La hipertrofia general de las encías es consecuencia remota de falta de cuidado en la boca y en los dientes, estableciendo centros de infección é irritación dentro de los espacios aproximales y alrededor de los bordes cervicales.

Las acumulaciones de tártaro deben mencionarse como factores que contribuyen al origen de la hiperplasia lítica, pero cualquiera que pueda ser la causa, ya un estado antihigiénico prolongado, ya la presencia de cálculos salivales ó cualquier otro origen de irritación, los principios que deben seguirse en el tratamiento son siempre los mismos á saber: extracción del foco ó focos productores de irritación y del tejido hipertrofiado.

Lo primero que es preciso hacer en el tratamiento de ambas variedades, ya local ó general, es hacer desaparecer la causa visible de la irritación.

El diente ó dientes deben limpiarse perfectamente, no permitiendo que quede ni la más pequeña partícula de cálculo salival pegada á las raíces ó coronas, para poder eliminar así todo origen aparente de irritación. Después debe prescribirse un lavado de boca conveniente para poderlo usar con tanta frecuencia como las circunstancias lo requieran.

El siguiente, es un lavado de boca astringente y estimulante recomendado por el profesor Garretson:

Agua de colonia.....	ʒ j;— 90	gramos.
Tintura de pimienta compuesta...	ʒ j;— 12	»
Biborato sódico.....	ʒ j;— 12	«
Tintura de quina.....	12	»
Tintura de piretre..... aa.	ʒ j;— 12	»
Agua destilada.....	ʒ j;—180	»

Usese como colutorio.

Lo que es preciso hacer en el curso del tratamiento, es extraer los *grarths*, operación que puede realizarse en varios días.

Se han obtenido resultados muy satisfactorios escarificando las partes afectadas y tocándolas ligeramente con una solución de clorhidrato de zinc de 15 á 20 granos por onza.

En casos muy extensos que abarcan toda el área de la encía está indicada la extracción por medios quirúrgicos, pero en aquellos en que el trozo del tejido es al parecer un crecimiento de la capa profunda de la encía, cauterizaciones con ácido tri-

mejores resultados en dos casos en que los crecimientos eran de la variedad hiperplásica.

El autor hace estas pequeñas observaciones en vista de que en las obras de patología dental que ha consultado, nada se dice de interés sobre este asunto.

Ziegler afirma, que la disminución de uso en los tejidos que estén normalmente en uso constante puede ser causa de la hipertrofia.

CONFERENCIAS CIENTÍFICAS

LA COCAINA Y SUS EFECTOS

por D. JUAN NÁJERA (1)

Pudiera con justa causa haber eludido el compromiso de presentar este pequeño trabajo, pero contando con vuestra benevolencia y siempre fiel guardador de la palabra empeñada, he hecho lo que he podido lleno de amor y entusiasmo por nuestra profesión. Así es, que trataré de la cocaína y sus efectos.

Los efectos analgésicos de la coca, habían sido ya observados por los indios que la usaban, pues á los pocos momentos de masticarla era tal la insensibilidad de la cavidad bucal, que podía ser esta atravesada de parte á parte con una aguja, sin el menor dolor. Pero la cocaína no formó parte de la Terapéutica hasta que Cóller, de Viena, en 1884, la aplicó como anestésico local en la cirugía ocular, desde cuya época ha ido extendiéndose su uso, gracias á la rapidez y seguridad de sus efectos y á su fácil administración, hasta llegar la época presente, en que, basándose en los estudios, investigaciones y experiencias realizadas en los animales por varias eminencias, créase un nuevo método de anestesia quirúrgica, que llevada á la práctica por eminentes clínicos, recibe con él la analgesia cocaínica nuevos empujes, yendo más allá y traspasando los límites de la anestesia local é invadiendo el campo de la general con el empleo de las inyecciones intrarraquidianas, mediante las que se produce una anestesia completa y profunda.

(1) Memoria leída por el autor en la Sociedad Odontológica Va-

Absorción y eliminación.—No han llamado de un modo especial la atención de los experimentadores; ambas funciones se realizan con rapidez, la primera por las vías digestivas subcútaneas, celular y muy poco ó nada por la piel y mucosas íntegras, es decir, siempre que no existan soluciones de continuidad, como heridas, úlceras, etc., en cuyo caso puede absorverse.

La eliminación se verifica principalmente por la orina. en donde se acusa su presencia, por obrar la cocaína como diurético, debido al aumento de presión sanguínea que produce.

Dosis.—En inyecciones hipodérmicas, las dosis deberán ser fraccionadas, sobre todo en la cara, en donde no debe inyectarse más de dos centígramos de una vez, procurando emplear siempre soluciones diluídas al uno y dos por ciento, debiéndose dejar después de cada inyección una tregua mayor cuanto más elevada sea la dosis.

Yo, en mi gabinete, uso la adjunta fórmula con excelentes resultados:

Cloruro de cocaína	2 gramos.
Antipirina	3 »
Cloruro mórfico	25 milígramos.
Cloruro de sódio	40 centígramos.
Guayacol	2 gotas.
Agua destilada y esterilizada	100 gramos.

Dosis tóxica.—De los experimentos verificados en un perro, resulta que en inyecciones intravenosas son bien soportadas dosis de dos milígramos por kilógramo de animal, siendo mortal la de veinte milígramos. En el hombre, prácticamente resulta muy variable, pues se citan casos en la literatura médica de haber aparecido accidentes serios en individuos impresionables con dosis de uno y dos centígramos, pero en general, no puede considerarse como tóxica una dosis que no sobrepase de ocho á diez centígramos. Yo creo, que no hay verdadero peligro mortal por bajo de veinte centígramos. El hábito establece tolerancia y se citan casos de cocainómanos que han llegado á ingerir dosis cuotidianas de dos gramos. Son muy susceptibles los niños débiles, constituyendo contra-indicación las cardiopatías y las afecciones crónicas de las vías respiratorias, como tuberculosis, enfisema, asma, etc. Las inyecciones subcutáneas ofrecen tanto más peligro cuanto más próximo al cerebro se aplican,

posición influye, siendo conveniente adoptar la horizontal, debiendo evitar la vertical y sobre todo la de pie, porque favorecen al síncope, coadyuvando á producir la anemia cerebral. No carece tampoco de importancia el estado de vacuidad del estómago, procurando evitar el operar en ayunas, siendo el momento más oportuno para ello á las dos ó tres horas después de haber comido.

Acción general.—A dosis terapéuticas es un excitante del sistema nervioso central de la circulación y de la respiración, aumenta las fuerzas físicas, acelera los latidos del corazón y los movimientos respiratorios, elevando la presión sanguínea. Excita la vaso-constricción, de donde viene la palidez de la cara y el enfriamiento de las extremidades. A dosis tóxicas aumenta el poder excito-motor de tal manera, que llega hasta producir convulsiones, pero después de algunos momentos, sobreviene la parálisis. La sensibilidad disminuye ó queda abolida, siendo precedida esta supresión del anterior período de excitación, de manera que la cocaína no escapa á la ley de los anestésicos. El veneno que anula las propiedades de un órgano nervioso, comienza por exaltarlas. La cocaína no puede ser considerada como un anestésico general, pues la anestesia total no aparece hasta el final como fenómeno último de la intoxicación cocaínica, cuando la vida se halla en estado de inminente peligro.

Acción de contacto.—Aplicando una solución de cocaína en la proporción del 2 al 20 por 100 sobre una mucosa ó en la piel desprovista de su epidermis, obsérvase á los cinco ó diez minutos una notable disminución de la sensación táctil, de la sensibilidad al dolor, al calor de la excitabilidad refleja, cuyo estado dura unos veinte minutos por término medio. Nótase además gran constricción vascular. Cuando se inyecta debajo de la epidermis un centímetro cúbico de una solución acuosa de clorhidrato de cocaína al 2 ó 3 por 100 transcurridos unos cinco minutos, se observa en la línea de inyección una notable disminución de sensibilidad con embotamiento del tacto, percibiendo el enfermo una sensación como si la piel estuviese recubierta de una capa de algodón; no siente dolor aunque se le atraviese con una aguja, siendo éste sustituído por la sensación de contacto del cuerpo extraño. La anestesia dura unos veinte minutos y no se extiende más allá de un centímetro ó poco más de la línea de

sale de la piel, de color blanquecino debido á la isquemia provocada por la vaso-constricción.

Síntomas de la intoxicación.—A las dosis usuales por bajo de 10 centigramos no han ocurrido casos de muerte que achacar á lo cocaína; sin embargo, á veces se han presentado accidentes inesperados consistentes en palidez del rostro, sudores fríos, pulso rápido, respiración disneica, dilatación pupilar, palabra difícil, náuseas, vómitos, síncopes precedidos de escalofríos generales con castañeteo de dientes, vértigos, trastornos visuales y auditivos, cefalalgia, hormigueo y contracturas, en particular del rostro. Otras veces preséntanse fenómenos que responden en general á una excitación cerebral, como son: delirio, locuacidad, hilaridad, etc., á los que sigue una vaso-constricción que se revela por una gran palidez del rostro y manos. La marcha de dichos accidentes puede detenerse aquí, ó por el contrario, ya por excesivas dosis ó por gran susceptibilidad del sujeto, sobrevienen convulsiones que al cesar suelen dar lugar al colapso álgido, constituyéndose el cocainismo agudo el que puede presentar las cuatro siguientes formas:

Colapso cocaínico.—Es el más leve y se caracteriza por la aparición de una palidez brusca en la cara, vértigo fugaz, sensación de cosquilleo y de frialdad en las extremidades, pulso pequeño y frecuente, respiración irregular, sudores fríos, etc. En los casos graves preséntase como un ataque sincopal, con pérdida pasajera del conocimiento seguido de cierto estado de presión.

Embriaguez cocaínica.—En esta forma presenta el paciente una alegría especial acompañada de cierta locuacidad, seguida de un delirio característico acompañado de alucinaciones y hasta de ataques de frenesí, (excitación cerebral) que suele terminar por un sueño al cual sucede un malestar y quebrantamiento general.

Convulsiones cocaínicas.—Estas sobrevienen como las histéricas ó epiléptiformes y en ciertas condiciones se manifiestan como las tetánicas.

Sopor cocaínico.—Obsérvase por lo general en los casos de intoxicación interna y á consecuencia de la ingestión de grandes dosis de veneno. Lo caracteriza el sopor y el coma.

Al lado de estas formas puede agregarse otra á la que se

presentarse en los individuos de temperamento nervioso y se manifiesta por ataques como de embriaguez, acompañados de vértigos y convulsiones, las cuales suelen reaparecer aun después de haber cesado el estado agudo de la intoxicación y de una aparente curación, pasadas tres ó cuatro semanas de haber ocurrido el accidente.

La muerte, por lo general, sobreviene enmedio de convulsiones, como si el enfermo fuera preso de un ataque de epilepsia grave. La muerte parece ser que es consecutiva á una violenta irritación cerebro-espinal. Cuando ocurre súbitamente, debe ser consecuencia del síncope.

Tratamiento.—En los casos en que la intoxicación haya sido producida por la ingestión del veneno, debe emplearse en primer lugar al lavado gástrico.

Vomitivos.—Apomorfina en inyección hipodérmica (un centígramo por cien de agua). Los eméticos de acción irritante no suelen producir los efectos deseados, debido á la isquemia y anestesia que produce la cocaína.

Contravenenos.—Puede emplearse como tal, el tanino acompañado de un alcalino como el bicarbonato sódico, porque el tanato de cocaína se disuelve en el ácido clorhídrico del estómago.

Antídotos fisiológicos.—Tanto si la intoxicación se ha realizado por la vía gástrica como por la subcutánea, debe recurrirse á los antídotos fisiológicos, como por ejemplo, el nitrito de amilo, vaso-dilatador poderoso en oposición á la acción vasoconstrictora de la cocaína, pues como demuestran las observaciones hechas con el examen oftalmoscópico en las arterias de la retina, obra dilatando los vasos cerebrales que por el contrario la cocaína estrecha. Hállase indicado sobre todo en el colapso cocaínico y se administra en inhalaciones á la dosis de tres á diez gotas vertidas sobre un pañuelo, pudiéndose aumentar la dosis, si como sucede á veces, la tolerancia se establece con rapidez. El bromuro potásico también presta buenos servicios en los casos en que predominan los fenómenos nerviosos, como la intoxicación aguda prolongada; y por último, el hidrato de cloral ocurre en los narcóticos que fisiológicamente pueden considerarse como antagonistas de la cocaína.

Excitantes.—Los alcohólicos, el éter y el amoniaco en inha-

con mucha cautela en los casos de delirio cocaínico que al parecer lo exalta; puede también recurrirse á la infusión de café fuerte y caliente, á las abluciones frías, á los sinapismos al pecho y á las piernas, etc.

Respiración artificial.—Se apelará á ella en casos en que cesen los movimientos respiratorios.

Régimen alimenticio.—Debe ser tónico y fortificante.

Para terminar, la cocaína no debe emplearse en los cardiacos y neurópatas, ni en los afectos de lesiones crónicas del aparato respiratorio.

Las inyecciones de cocaína deben practicarse en el dermis, estando el paciente acostado, levantándolo después si la operación ha de ser practicada en la boca; la dosis será proporcional á la extensión de la superficie que se quiera anestesiar, no excediendo de los diez á quince centigramos siendo la introducción fraccionada.

La disolución debe ser fresca, preparada cuando más para tres ó cuatro días, porque la cocaína se altera con rapidez amenguando sus propiedades anestésicas.

LEGISLACIÓN

En el pasado Congreso Internacional de Medicina, y en la Sección de Odontología, presentó el ilustrado presidente de la Sociedad Odontológica Balear, D. Domingo Casasnovas, un notable trabajo comentando las disposiciones antiguas y modernas que pueden interesar para la práctica de la Odontologia.

La gran extensión de este trabajo, en que su autor dedica atención preferente á hacer un análisis de la organización vigente de la enseñanza dental, no permitían que aquella Memoria pudiese ser leída en el reducido tiempo que el Reglamento del Congreso concedía para la presentación de trabajos. A pesar de ello aparecerá publicado en el tomo de actas del Congreso, pero considerando de interés el apéndice que lleva la monografía del Sr. Casasnovas, constituído por un índice cronológico de las disposiciones legales que interesan al dentista, reproducimos éste seguros de que nuestros lectores encontrarán en él un catálogo útil para poder buscar en algunos casos el texto de leyes ó

ÍNDICE CRONOLÓGICO DE LEGISLACIÓN DENTAL

10 Diciembre 1828.—(Citada en R. O. 20 Mayo 1854.—Alcubilla, tomo 4.° pág. 952). Penas á los intrusos en el arte de curar.

14 Junio .... 1842.—R. O. determinando que el título de Profesor en Farmacia no es bastante para el ejercicio de la Facultad, sino que precisa tener botica pública.

2 Abril ..... 1845.—(Citada en R. O. 20 Mayo 1854.—Alcubilla, tomo 4.° pág. 952). Ley sobre imposición de multas por los gobernadores.

23 Noviembre 1845.—(Citada en R. O. 20 Mayo 1854.—Alcubilla, tomo 4.° pág. 952). Penas á los intrusos en el arte de curar.

17 Febrero ... 1846.—(Citada en R. O. 20 Mayo 1854.—Alcubilla, tomo 4.°, pág. 952). Que cuando las multas que deban imponerse á los intrusos excedan de los límites porque están facultados los gobernadores, se pase el tanto de culpa á los tribunales ordinarios.

7 Enero .... 1847.—(Citada en la de 20 Mayo 1854.—Alcubilla, tomo 4.°, pág. 952). Dispone que cuando por un individuo se cometan por primera vez actos de intrusión en el arte de curar, se castiguen por los gobernadores, pasándose en la segunda vez el tanto de culpa à los Tribunales ordinarios.

24 Julio ..... 1848.—(Alcubilla, tomo 12 pág. 527). Reglamento para las subdelegaciones de Sanidad interior del reino.

20 Mayo ..... 1854.—(Alcubilla, tomo 4.° pág. 952). Atribuciones de los gobernadores para castigar á los intrusos en el arte de curar; arregladas á lo dispuesto en la R. O. 7 Enero 1847.

27 Marzo..... 1855.—Real decreto. Art. 1.°—Dice que todos los profesores de Jurisprudencia, Medicina, Cirugía, en sus diversos ramos, y Farmacia, siempre que establezcan su residencia para el ejercicio de su facultad, están obligados á la presentación de sus títulos en el Colegio ó en la Subdelegación respectiva.

28 Noviembre 1855.—(Alcubilla, tomo 12, pág. 532). Ley de Sanidad.

5 Septiembre 1857.—(Alcubilla, tomo 4.°, pág. 952). Recordando la de 20 Mayo 1854 sobre penas á los intrusos en el arte de curar.

9 Septiembre 1857.—(Alcubilla, tomo 7.°, pág. 417. Odontología, 1902, pág. 605). Ley de Instrucción pública.—Los artículos 95 y 96 tratan de la incorporación á establecimientos de enseñanza oficial de los estudios hechos en el extranjero, y de la habilitación temporal por el Gobierno para ejercer la profesión en los dominios españoles á los graduados en el extranjero.

18 Abril 1860. (Alcubilla, tomo 6.°, pág. 774. Real decreto apro-

26 Junio ..... 1860.—(Odontología, 1899, pág. 236. Alcubilla. tomo 10, pág. 891. Folleto intrusismo).—Determina los estudios que han de cursar los practicantes, entre los que figuran los conocimientos relativos al arte del dentista.

21 Noviembre 1861.—(Alcubilla, tomo 10, pág. 891. Odontología, 1899, pág. 237). Aprobando el reglamento de practicantes.

12 Abril ..... 1865.—R. O. recordando la prohibición de anunciar la venta de medicamentos en periódicos que no sean profesionales.

6 Febrero... 1869.—(*Gaceta* 7 Febrero). Declarando válidas en España las certificaciones de estudios probados en los establecimientos de enseñanza de Portugal, lo mismo que los títulos profesionales, para cuyo reconocimiento se exigirán las acordadas del mismo modo que respecto de otra Universidad española.

6 Febrero ... 1869.—(*Gaceta* 8 Febrero). Reválida de los títulos profesionales adquiridos por españoles en el extranjero.—Reválida de los extranjeros.—Validez del título.—Pago de derechos.

17 Junio..... 1870.—(*Gaceta* 22 Agosto). Código Penal. Libro 2.°, título 4.°, capítulo 7.°, art. 343.—Penas al que sin título competente ejerce una profesión.

22 Mayo..... 1875.—(Folleto intrusismo). Condena la intrusión farmacéutica.

4 Junio ..... 1875.—(*Gaceta* 5 Junio). R. O. Se crea la profesión y título especial de cirujano dentista, siendo obligatorio al que ejerza esta especialidad poseer dicho título á los dos años de publicar esta R. O.

8 Febrero... 1876.—Por el Ministerio de la Gobernación se nombra un profesor dentista para los establecimientos públicos de Beneficencia y Hospitales civiles y militares de Madrid.

3 Marzo .... 1876.—(*Gaceta* del 11). Odontología, 1893, pág. 385 y en la de 1896, pág. 462.—Programa de estudios necesarios para obtener el título de cirujano dentista.

3 Marzo .... 1876.—Por el Ministerio de Fomento se dá validez académica á los estudios privados que se hagan con un dentista, siempre que se matriculen y examinen los aspirantes en las Facultades de Medicina ó Universidades del Reino.

3 Abril..... 1876.—Por el Ministerio de Fomento se ordena que dos dentistas formen parte del Tribunal de exámenes de los mismos en las Universidades.

28 Mayo..... 1876.—(*Gaceta* 18 Junio 1876, pág. 727). El Ministerio de la Gobernación dispone el nombramiento de un Inspector general y Subinspector ó delegados dentistas

profesión sin título ó en las plazas y calles, encomendándoles otras varias atribuciones y deberes.

6 Octubre... 1876.—El Ministerio de Fomento ordena que sólo habilita para ejercer el arte de dentista, los títulos de cirujano dentista, y que por haberse cumplido los dos años que se concedieron para obtenerlo, quedan inhabilitados los títulos de practicantes que se expidieron desde esta fecha, pudiendo ejercer dicho arte sólo los que ya lo tuvieren expedido antes de este tiempo.

6 Octubre... 1877.—(*Gaceta* 7 Octubre).—Declara que el título de practicante no habilita para ejercer el arte de dentista, y que el examen se verifique ante el Tribunal en los gabinetes y laboratorios, que con anuencia de los propietarios acuerde el Gobierno.

24 Febrero... 1880.—(*Gaceta* 5 Marzo).—Autoriza el establecimiento en la Habana de un Colegio de Cirugía dental incorporado á la Universidad, considerándose privados los estudios y títulos, debiendo sujetarse para su validez á lo establecido en Real decreto, 4 Junio 1875.

15 Enero..... 1881.—(*Gaceta* 26 Enero).—El Ministerio de Fomento declara que por falta de materiales y útiles en las Facultades, se efectuarán los exámenes teóricos en éstas, pero los prácticos en el gabinete de un dentista designado por el Gobierno y con anuencia de su propietario.

15 Enero..... 1881.—(*Gaceta* del 26).—Revista Odontológica, 1881, página 1.ª). R. O. modificando la forma en que han de practicarse los ejercicios teórico y práctico para cirujanos dentistas.

27 Abril..... 1881.—(*Gaceta* 4 Mayo.—Odontología, 1881, pág. 113.) El Ministerio de la Gobernación retiró las facultades que tenían los subdelegados de Medicina para intervenir en los títulos de los dentistas, quedando solamente facultados los subdelegados ó subinspectores dentistas para entender en lo relativo á la parte legal de la profesión.

1 Octubre... 1881.—(*Gaceta* 13 Octubre.—Odontología, 1892, pág. 109). El Ministerio de Fomento declara que sólo pueden ejercer el arte de dentista los que posean los títulos siguientes: Médico-cirujano, antiguos cirujanos, practicantes (nombrados antes de 6 Octubre 1877), cirujano dentista (creado en 4 Junio, 1875). Declara sin validez académica los títulos expedidos por el Colegio español de dentistas ó cualquier otro.

Cayetano Triviño para expedir títulos de doctores en Medicina y cirugía dental, quedando prohibido expedirlos por orden del Ministerio de Gobernación.

16 Diciembre. 1881.—(*Gaceta* 19 Diciembre).— Deroga la de 28 Mayo 1876 en lo relativo á cargos de Inspector y Subinspector dentista, quedando los profesores de cirugía dental sujetos á los Subdelegados de Medicina y obligados á exhibir á estos sus títulos.

31 Diciembre. 1881.—*Gacetas*, 1.° y 6 Enero 1882).—Ley sujetando á todos los españoles y extranjeros mayores de catorce años al pago del impuesto de cédulas personales y reglamento para su ejecución.

30 Marzo .... 1882.—(*Gaceta* 12 Abril). Establece qne los gobernadores carecen de facultades para reprimir la intrusión en veterinaria, pues el conocimiento compete á los Tribunales.

11 Octubre... 1882.—(*Gaceta* del 14).—Confirma la de 30 Marzo del mismo año respecto á intrusión en la veterinaria.

4 Enero .... 1883.—(*Gaceta* 7 Enero).—Real Decreto aprobando las ordenanzas de Farmacia en la Isla de Cuba.

14 Julio ..... 1883.—Autorizando á las señoras para obtener el título de cirujano dentista y ejercer la profesión.

16 Marzo .... 1884.—(*Gaceta* del 27).—Aclara que á los gobernadores de provincia y á los alcaldes, bájo su dirección, compete corregir gubernativamente á los intrusos en el ejercicio de la medicina mientras no se hallen méritos para pasar á los Tribunales ordinarios el tanto de culpa.

27 Mayo..... 1884.—(Alcubilla, pág. 410).—Real Decreto. Aprobando la instrucción para la imposición, administración y cobranza del impuesto de cédulas personales.

11 Febrero... 1886.—(*Gaceta* del 20).—Dispone que los dentistas presenten en el plazo de treinta días sus títulos ante los subdelegados; que pasado este plazo se haga denuncia ante el gobernador de los que ejerzan la profesión sin estar autorizados, y ante los Tribunales de justicia de los que se atribuyan ó se hayan atribuído la cualidad de profesor, con títulos que carezcan de validez oficial.

11 Febrero... 1886.—(*Gaceta* del 20).—Excitando el celo en el despacho de las denuncias de intrusiones en la farmacia, de los drogueros é industriales.

6 Septiembre 1886.—(Odontología, 1893, pág. 740).—Que la enseñanza dental se establezca en las clínicas de los hospi-

26 Julio..... 1989.—*Gaceta* del 31).—Confirmando la multa impuesta por el gobernador á un individuo, enfermero auxiliar de un hospital civil, por ejercer la medicina sin título.

(*Continuará.*)

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Sección de Odontología y Estomatología

DÍA 29 DE ABRIL

CUARTA REUNIÓN DE LA SECCIÓN

SALA A

(Continuación.)

ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGÍA

por el Dr. Sauvez (París).

Las conclusiones del notabilísimo trabajo del Dr. Sauvez, son las siguientes:

1.° La importancia de la anestesia local resulta de los peligros y de los inconvenientes de la anestesia general, que no deberá ser empleada más que en caso completamente excepcional en el arte dental.

2.° Para la cirugía general, el empleo de la cocaína ó de sus derivados y compuestos, nos parece que da resultados prácticos superiores á todos los otros procedimientos de anestesia local que conocemos actualmente.

3.° El empleo del clorhidrato de cocaína nos parece tener todas las ventajas de las preparaciones que han sido comparadas, tanto bajo el punto de vista de la anestesia obtenida, como bajo el punto de vista de los accidentes.

4.° El empleo de otro vehículo, que no sea el agua destilada, nos parece tener desventajas sin provecho ninguno.

5.° Un centímetro cúbico de solución frescamente preparada de clorhidrato de cocaína al 1 por 100 con agua destilada, nos parece necesario y suficiente para la práctica en la inmensa mayoría de los casos y no puede acarrear accidentes.

6.° La posición horizontal es absolutamente necesaria cuando se inyecta más de un centigramo de cocaína.

7.° El dolor en la extracción de los dientes, es debido casi

8.° El resultado de la anestesia depende en gran parte del manual operatorio de la inyección.

9.° Después de la operación, el paciente debe absorber un cordial cualquiera y permanecer en posición horizontal durante un cuarto de hora, lo menos, si no se le ha inyectado más que un centigramo de cocaína, y durante dos ó tres horas, si se ha empleado una dosis superior.

10. La refrigeración bien empleada constituye un excelente procedimiento de anestesia local para una operación superficial.

11. El método mixto (inyección de cocaína y refrigeración), es el mejor método de anestesia local.

12. El procedimiento práctico de anestesia de la dentina, deberá:

1.° Acarrear rápidamente la insensibilidad.

2.° No necesitar un manual operatorio muy complicado.

3.° No acarrear el dolor por sí mismo, y

4.° No exponerse á comprometer la vitalidad de la pulpa.

13. El empleo de todos los procedimientos de anestesia local de la dentina que no sean los que se siguen, nos parece deben ser desechados, porque esos procedimientos son peligrosos, insuficientes ó muy complicados ó de aplicación dolorosa.

14. La desecación de las cavidades, la elección de los instrumentos disminuyen ligeramente el dolor en la preparación de las cavidades; mas la importancia de estos dos factores ha sido exagerada generalmente.

15. El empleo del mentol después de la deshidratación de la parte superficial de la dentina por el alcohol, da á menudo una anestesia suficiente.

16. La aplicacíón durante veinticuatro horas sobre la dentina, de la mezcla:

Creosota de hulla	a. a. q. s. para hacer una pasta.
Formol.....	
Oxido de zinc.....	

produce insensibilidad de la dentina, permitiendo la preparación de la cavidad sin dolor.

Este procedimiento tiene muchos inconvenientes:

1.° La aplicación causa á menudo un dolor neurálgico, du-

2.° No está demostrado que el emplo de este procedimiento no exponga á producir la degeneración ó la mortificación de la pulpa.

3.° Necesita dos sesiones.

17. Para la excisión de la dentina en los casos de hiperestesia, el procedimiento que dá los resultados menos inconstantes es la cataforesis.

Este procedimiento es poco práctico.

1.° Porque necesita mucho tiempo.

2.° Porque su aplicación es complicada.

3.° Porque el manual operatorio es dificil.

18. El procedimiento que nos parece actualmente más práctico y más rápido para la excisión de la dentina hiperestesiada, es el empleo de la refrigeración. La técnica juega un papel considerable en este método.

19. No existe actualmente un procedimiento verdaderamente práctico de anestesia de la dentina.

20. La refrigeración por el coryl nos parece ser el mejor procedimiento de anestesia para abrir una pulpa no inflamada y no expuesta.

21. La aplicación de una mezcla de clorhidrato de cocaína á saturación en el alcohol, da una anestesia absolutamente perfecta para la extirpación de la pulpa no inflamada y no expuesta.

Discusión.

Sr Losada.—Entiendo que la cocaína debe usarse con gran prudencia. Felicito muy cordialmente al Dr. Sauvez por el detenido estudio que nos ha presentado sobre anestesia local.

Sr. Aguilar.—Solamente dos palabras para aplaudir sinceramente la comunicación que acaba de leernos Mr. Sauvez.

He de manifestarle, aunque no como objeción, que sin desconocer las ventajas que en determinados casos puede ofrecer el método de anestesia local que él proclama como excelente, prefiero el empleo del Benesol.

Mr. Rolland.—Yo soy más optimista que Mr. Sauvez respecto al empleo de la cocaína y á su influencia en el sistema nervioso.

Mr. Chomnret.—Yo he empleado la cocaína como anestési-

dos, y considero que unida á la adrenalina es la última palabra en la cirugía dental.

Mr. Sauvez.—Doy las gracias á todos los señores que han intervenido en la discusión de mi modesto trabajo, celebrando mucho que haya dado lugar á una discusión tan animada.

Caso de histerismo odontálgico

por D. B. Sanchez (Madrid).

El asunto de que voy á ocuparme, no sólo es muy interesante en sí, sino que dará seguramente motivo á una instructiva discusión en que tomarán parte otros ilustrados compañeros más competentes que el que á vosotros tiene el honor de dirigirse.

Entiendo que se trata de una manifestación local, de una perturbación psíquica, de un fenómeno sensitivo, de un estado de histerismo, de un mal, en fin, que se presenta en la boca sin ser la boca misma donde existía la causa, ni en ella donde debíamos aplicar los remedios, sino utilizar la sugestión para curar aquella dolencia que aunque revistiendo caracteres de terrible molestia para la enferma no obedecía á causas materiales; que era, por último, una enfermedad moral.

Veamos ahora en detalle los antecedentes del caso.

Doña Florentina López, casada, de cuarenta y seis años, natural de Bocos, provincia de Burgos, de buena constitución, sin antecedentes hereditarios ni patológicos de importancia; vino á Madrid para consultar sobre un padecimiento que de larga fecha venía sufriendo en la boca, localizado en la porción alveolar izquierda y en el mismo lado de la bóveda palatina.

La enferma se quejaba de intensos y fuertes dolores en esta región, siendo sus sufrimientos tan agudos que no podía conciliar el sueño durante la noche; había perdido el apetito y de resultas de ello se encontraba en un estado de abatimiento y postración que se revelaba en la tristeza de su semblante.

Dicha señora empezó por hacerme la historia de su enfermedad del modo siguiente:

Hará cuatro años próximamente, á consecuencia de una caries del canino del lado izquierdo del maxilar superior, sobrevino un absceso alveolar acompañado de una gran inflamación y

que expontáneamente vino el desagüe ó evacuación del pus, desapareciendo la inflamación y dolores, pero como la causa no había desaparecido y este absceso no fué tratado como la ciencia aconseja, dió por resultado el que quedara un trayecto fistuloso en el arco alveolar y cara labial pasando en parte desapercibido, puesto que para nada le molestaba, si bien la tenía con cuidado el que no se cicatrizara dicha herida y estar constantemente segregando pus aunque en pequeña cantidad, y además empezaba á notar unos latidos ó pinchazos que le molestaban bastante. Pasado algún tiempo y viendo que esta lesión, si bien no aumentaba tampoco desaparecía, se decidió á consultar con el médico de la localidad, aconsejándola este que inmediatamente se hiciera la extracción del canino cariado y que á ser posible fuera hecha por un cirujano dentista.

No teniendo en el pueblo facilidades para hacer la operación propuesta por el médico, se trasladó la paciente á Bilbao, donde por un cirujano dentista fué ejecutada la extracción indicada más algunos otros dientes cariados que la enferma tenía, cicatrizando las lesiones producidas por las extracciones franca y rápidamente y desapareciendo el trayecto fistuloso después de hecha la extracción y algunos lavados que hizo dicho profesor durante algunos días.

A pesar de la cicatrización franca y rápida de las lesiones antes indicadas, según la paciente no desapareció aquella sensibilidad ni malestar que notaba cuando se decidió consultar con el médico; antes al contrario, cuanto más tiempo pasaba más se acentuaba esta molestia, por lo que repitió su consulta con el referido médico haciéndole la historia de lo que le sucedía y notaba, indicándole que su malestar empezaba en el punto donde estuvo implantado el canino, comenzando por un hormigueo y calor que recorría todo el arco alveolar y bóveda palatina del lado izquierdo, terminando esta molestia en la garganta.

Reconocida de nuevo por el médico, y no encontrando éste por lo visto causa que motivara aquel trastorno, la indicó que sería conveniente se hiciera la extracción de los dos molares mayores que le quedaban en el lado del maxilar referido, apesar de que estos estaban sanos.

Siguiendo la indicación de su médico se trasladó nuevamente á Bilbao, ocurriendo lo mismo que cuando se hizo la prime-

nes producidas por las extracciones sin que dejarán huellas de ningún género; pero á pesar de que todo el arco alveolar y bóveda palatina estaban en un estado fisiológico completo, la molestia indicada por dicha señora no desaparecía, antes al contrario, aumentaban sus sufrimientos tanto morales como físicos.

Pasados algunos meses, consultó nuevamente con el médico referido, el cual le hizo una incisión en el arco alveolar izquierdo partiendo de la porción canina y terminando en la porción molar.

Según indicación de la enferma, después de tratar dicho médico la lesión producida por la incisión durante tres ó cuatro días, éste le dijo que no hallaba causa que justificara su molestia en el punto indicado, y que cuando cicatrizara la herida producida por la incisión desaparecería dicha molestia, entregándole una fórmula de un colutorio con objeto de que se enjuagara la boca y fuese más rápida su curación.

La herida cicatrizó con prontitud como las anteriores, pero los sufrimientos no desaparecieron y sí aumentaron, puesto que pasado algún tiempo, no sólo se concretaban éstos al hormigueo y calor que empezando en el punto donde estuvo implantado el canino recorriendo la zona ya indicada, sino que durante la noche, que era cuando más se acentuaba esta molestia, decía que se le formaba en la bóveda palatina una granulación que segregaba pus, y por consiguiente mal gusto de boca, lo que no notaba durante el día en forma alguna y las demás molestias en parte, acentuándose estas todos los días de cinco á seis de la tarde.

En este estado, y á instancia del hermano de la paciente, antiguo cliente mío, se trasladó dicha señora á esta Corte con el propósito de consultar las causas de su padecimiento, y por consiguiente en busca de su alivio ó curación.

Tan pronto como esta señora llegó á Madrid se presentó en mi gabinete acompañada de su señor hermano para ver si con mis conocimientos profesionales podía alivar sus dolencias, ó por lo menos indicarles un especialista entendido en el asunto de que se trataba.

Después de la historia amplia y detallada que me hizo desde el primer punto de sus dolencias que dejo reseñada, procedí al examen minucioso de toda la cavidad bucal, encontrando

el cordal del lado opuesto al padecimiento con una caries de tercer grado, y en el maxilar inferior el primer bicúspide del lado izquierdo con caries de segundo grado.

Hice algunas preguntas que creí oportunas á esta señora, siendo una de ellas si en alguna ocasión había notado salida de pus por las fosas por si pudiera tratarse de un empiema del seno maxilar, que perforando las paredes del cornete tuviera la evacuación del pus por la fosa nasal, á lo cual contestó negativamente.

No hallando causa alguna que justificara el sufrimiento de la doliente, pensé si se trataría de una monomanía suya; procuré tranquilizarla diciéndola que aquello se curaría y que no tenía importancia, proponiéndola se hiciera la extracción del cordal careado, obturación del bicúspide, limpieza de los dientes que en su boca quedaban y colocación de los aparatos protésicos de los dientes que la faltaban; primero, por las molestias que le ocasionaban las muelas cariadas con las temperaturas extremas de frío y calor, y segundo, porque al cubrir la bóveda palátina con un aparato protésico evitaría el roce y presión que con la lengua se veía hacía constantemente, pues observé que en el transcurso de su peroración y tan pronto como dejaba de hablar, no cesaba de oprimir la lengua sobre la bóveda palatina haciendo gesticulaciones que así lo demostraban; por tal motivo y por la relación que me hizo de la granulación y salida de pus que por las noches se formaba en el paladar, desapareciendo durante el día sin que dejara huellas esta lesión, comprendí y deduje que se trataba, como antes dije, de una monomanía.

Hice la extracción de la muela cordal, puesto que para nada servía su conservación por estar aislada y sin articulación; obturé el bicúspide, limpié los dientes que quedaban en su boca y tomé las impresiones para la construcción de los aparatos protésicos, dejando que transcurrieran dos días para ver el efecto que había producido todo esto en la enferma, no porque pensara curar con ello sus dolencias, sino por si estas muelas enfermas pudieran haber tenido relación con el principio de esta lesión.

Pasados los dos días se presentó de nuevo la paciente, y como era de esperar, me dijo continuaba en el mismo estado, que sólo había encontrado algún alivio puesto que las muelas ya no le molestaban, una por haber desaparecido y la otra por

Preocupado sobre el asunto, para hallar el origen y causas de las molestias y sufrimientos de mi cliente, coincidió el que celebrara en aquellos días sesión científica la Sociedad Odontológica Española, ocurriéndoseme después de terminada la sesión consultar este caso á nuestro inteligente y querido compañero D. Florestán Aguilar, solicitando al mismo tiempo tuviéramos una consulta respecto á este caso, esperando su ilustración.

Con la galantería que á dicho señor distingue, y el interés que demuestra en todo cuanto á la profesión se relaciona, accedió gustoso á mis deseos, señalándome día y hora para que acompañado de mi cliente fuera á su domicilio para tener la entrevista por mí solicitada.

Asi lo hice, y después de un reconocimiento minucioso de la cavidad bucal y preguntas y observaciones que le parecieron oportunas, á la enferma, el Sr. Aguilar dió por terminada la consulta; despedimos á dicha señora citándola para el día siguiente en mi casa para continuar el tratamiento.

Solos y en libertad para cambiar nuestras impresiones, el Sr. Aguilar me manifestó que según el examen hecho en la enferma se trataba de un caso de histerismo, y por lo tanto, de una persona auto-sugestionada; que no existiendo lesión alguna en la cavidad bucal que justificara los sufrimientos que decía padecer y sólo tratarse de una monomanía, debía emplearse el tratamiento de dicho caso por la sugestión, empezando por hacer comprender á la paciente y persuadirla de que se curaría rápidamente; que uno de los tratamientos que debía poner en práctica era aplicación de pequeñas corrientes eléctricas sobre la parte afecta, indicándome además algunas otras cosas.

Yo, por mi parte, hice notar al Sr. Aguilar que puesto que las corrientes eléctricas referidas por él serían de un efecto curioso para dicha señora, puesto que desconocería por completo estas corrientes, también serían de efecto para la misma las aplicaciones de cloruro de etilo, que esto en nada podía perjudicarla, según mi opinión, y que lo primero que haría sería colocarla los aparatos protésicos de los dientes que faltaban á dicha señora, en primer término por la falta que éstos hacían para la masticación de los alimentos, y en segundo para distraer la presión que con la lengua ejercía constantemente sobre la parte afecta; que le daría algunos colutorios para que alternando con

quier substancia, que si en nada podía aliviarla tampoco perjudicarla, y sí con el propósito de que comprendiera que por todos los medios deseaba encontrar su alivio.

Conformes, y de acuerdo en todo lo expuesto, me despedí del Sr. Aguilar sumamente agradecido y á quien en parte debo el interés que me tomé por este caso.

Preocupado sobre este asunto, inmediatamente pensé que los síntomas del histerismo y que deben estudiarse en la paciente, son: 1.°, estado del carácter; 2.°, alteración de la sensibilidad; 3.°, alteración de la movilidad; 4.°, desórdenes sobrevenidos en ciertos aparatos, y 5.°, ataque de histerismo.

Pues bien, señores, estudiados detenidamente los síntomas objetivos y subjetivos en mi cliente, encontré: 1.°, su carácter sensible é impresionable, demostrado por el llanto y tristeza que tenía por sus sufrimientos; 2.°, alteraciones de la sensibilidad demostradas por el hormigueo, calor y granulación que decía tener en su boca, y 3.°, desórdenes del aparato digestivo, demostrados por la inapetencia y capricho en sus alimentos.

Estos estudios vinieron á ratificar lo dicho por el Sr. Aguilar al indicarme en nuestra entrevista que se trataba de un caso de histerismo, cosa que nunca puse en duda. Pero como la imaginación no para, y más cuando á uno le preocupa un asunto sea de cualquier índole, pensé en si se podría tratar de una afección de neuralgia con carácter intermitente, puesto que las molestias se presentaban todos los días y á determinada hora y ser el origen de estas neuralgias la compresión de algunos filamentos nerviosos de los que da la segunda rama del trigémino, la maxilar superior, compresión ocasionada por las diferentes operaciones hechas á la paciente al tratar de curarla.

Suponiendo que fuera acertado este diagnóstico, ¿qué tratamientos había de emplear para combatirlo? Los tratamientos de las neuralgias son varios, y según las causas deben ser tratados algunos por el cirujano dentista, y todos por el profesor médico; por lo tanto, las neuralgias faciales pueden ser tratadas por el primero, puesto que se localizan en la zona donde este tiene su intervención.

Entre los diferentes tratamientos que se emplean para la curación de las neuralgias faciales, existe el de aplicaciones de corrientes eléctricas y las de cloruro de etilo, según lo demos-

una conferencia dada en la Escuela de Especialidades Médicas.

Suponiendo que esta mi opinión fuera algo acertada, su plan curativo lo teníamos en el tratamiento del diagnóstico que habíamos hecho del histerismo, pero desde luego descarto este segundo diagnóstico.

Estoy molestando vuestra atención con una historia larga, pesada y poco instructiva relativamente para vosotros; por lo tanto, espero me dispenséis unos minutos más para terminar de explicaros el tratamiento, curso y desaparición de la enfermedad.

Tratamiento protésico.—Lo primero que hice fué construir los aparatos protésicos de los dientes que faltaban á dicha señora y su colocación, encargándola que sólo para su limpieza y después de cada comida se los quitara y de ningún modo lo hiciera para dormir, con lo cual se evitaría roce y presión de la lengua sobre los tejidos y rugosidades del paladar, y de este modo, y al cambiar por completo el sentido del tacto que la lengua ejercía sobre la parte afecta, puesto que antes era rugoso y en parte áspero y después liso y fino, podía entrar en el ánimo de la paciente el que la granulación y segregación del pus había desaparecido.

Tratamiento terapéutico.—El primer día apliqué las corrientes eléctricas pequeñas, y de uno á dos minutos de duración recorriendo todo el arco alveolar ya indicado, intercalando entre las dos corrientes una aplicación de cloruro de etilo; entregué á la paciente dos botellas, una que contenía agua boricada y otra con agua y un poco de elíxir dentífrico para que alternando y cada dos horas se enjuagara la boca, no con el fin de que esto pudiera aliviarla, sino por auto-sugestión para hacerla comprender y persuadirla de que realizando todo esto su curación sería rápida.

Terminada la primera sesión hablé secretamente al hermano que la acompañaba y le dige que aquella misma tarde procurara llevar á su hermana un poco antes de la hora en que empezaban los trastornos, á un punto donde estuviera distraída y que fuera para la misma de un gran efecto; que en caso de que por esta distracción se retrasara la presentación de la molestia hiciera todos los días lo mismo, variando en todo lo posible la distracción.

sólo en que un día aplicaba dos corrientes eléctricas aumentando todos los días gradualmente en pequeña cantidad su intensidad é intercalando un chorro entre una y otra corriente, y al otro día dos aplicaciones de cloruro de etilo y una corriente eléctrica, alternando en esta forma los días sucesivos.

Desde el primer día empezó á producir efectos satisfactorios este procedimiento; transcurridos los primeros ocho días seguí el mismo tratamiento otros ocho días más, variándolo sólo en disminuir la intensidad de las corrientes en la misma proporción que las había aumentado y siendo éstas de menos duración.

Curso y terminación de la enfermedad.—Al ver á la enferma el día después del primer tratamiento y cambiar nuestro saludo, noté que su semblante estaba más animado, sonriente y más comunicativo; al preguntarla cómo había pasado el día y la noche anterior, me contestó que mejor y como hacía mucho tiempo no lo pasaba; que su apetito, aunque poco, había aumentado; que la molestia de su boca se retraía dos ó tres horas siendo menos molesta; que la granulación y salida de pus pasó para la misma desapercibida, conciliando el sueño grandes ratos durante aquella noche. cosa que hacía también bastante tiempo no sucedía.

En los días sucesivos la molestia fué desapareciendo, variando la hora de su aparición; la paciente tenía más apetito, dormía muchas horas seguidas y se permitía bromas con su familia y amigos.

Para terminar, señores, os diré que transcurridos los diez primeros días del tratamiento indicado, las molestias y padecimientos de la enferma habían desaparecido por completo; el apetito, el sueño y la animación que en ella faltaba de largo tiempo habían vuelto á renacer, encontrándose en un estado de completo fisiologismo.

El satisfactorio resultado obtenido con mi tratamiento, comprueba lo acertado del diagnóstico.

Para hacer éste había procedido por exclusión, pensando que el cuadro sintomático que la paciente ofrecía, revelaba que sus terribles molestias tenían que conocer por origen una de las siguientes causas: 1.ª, una afección dentaria; 2.ª, un empiema del seno maxilar; 3.ª, una diatesis (la sífilis, escrofulismo, etc.;) 4.ª, el reumatismo, ó por último, una perturbación de la sensi-

Por síntomas objetivos ó subjetivos que la enferma ofrecia, me permitían desde luego descartar las cuatro primeras causas como ocasionales de la molestia, restándome tan sólo en este diagnóstico por exclusión la última; el histerismo como determinante de la enfermedad.

Hubiera titubeado antes de seguir mi plan curativo en esta dirección de haberse tratado de alguna intervención quirúrgica que implicara molestias ó peligros para la enferma, pero considerando el mal psíquico, mi medicación iba á ser puramente sugestiva y en modo alguno podía perjudicar á la enferma; no dudé ni un momento en llevarle á la práctica.

Los resultados, señores, ya habéis visto cuán satisfactorios han sido; una enferma que después de varios años de sufrimientos y consultas, llega á nosotros presa de dolores crueles y en un estado de abatimiento moral que no titubeamos en calificar de grave, resulta curada, ¿con qué? pues simplemente por la sugestión, obteniendo por este procedimiento psicoterápico, lo que no habían logrado ni el bisturí ni los medicamentos suministrados por manos más hábiles y expertas que las mías.

Supongo que al escuchar lo antes expuesto habría cruzado por vuestro pensamiento, y me diréis que soy un intruso de la especialidad médica por haberme inmiscuido en un asunto científico profundo y ageno para mí y en el cual sólo pueden intervenir los profesores médicos, pero como la afección estaba localizada en la zona en que el cirujano dentista puede operar, me creí con derecho para ejecutar y tratar dicha afección sin salirme de mis atribuciones, celebrando en absoluto que mis buenos propósitos al comenzar este tratamiento no hayan defraudado las esperanzas de nuestro querido compañero D. Florestán Aguilar al par que mías, sino por el contrario, su aplicación haya sido útil, beneficiosa é instructiva.

Discusión.

Sr. Aguilar.—El caso que nos ha presentado el Sr. Sánchez es típico. Al hacer el diagnóstico de esa enfermedad, la consideró como una enfermedad supuesta empleando un tratamiento sugestivo, es decir, haciendo creer á la paciente que con aquello se iba á curar, y con aquello se curó.

Yo he tenido otro caso de una señora que ya no existe, la

de haber empleado una porción de medios para tratar lo que ella decía, fué curada solamente por la sugestión diciéndola que con tal medicamento se curaría, y presentándole este medicamento como de resultados eficaces, haciéndole creer que era una cosa extraordinaria, y efectivamente, con aquello se curó.

Estoy en un todo conforme con lo manifestado por el señor Sánchez, á quien felicito por su trabajo.

Tratamiento de dientes con pulpa enferma

por D. J. D. Losada (Madrid).

Constituye un notable trabajo de considerable extensión, cuyas conclusiones son las siguientes:

Las enfermedades de la pulpa son de estructura y funcionales; las primeras son crónicas y las segundas agudas.

Las primeras pasan generalmente desapercibidas y excepto los nódulos pulpares no necesitan tratamiento.

La hiperestesia es el primer estado mórbido funcional y su tratamiento consiste en hacer desaparecer las causas, aplicar sedativos y defender la pulpa de los agentes externos.

Cuando la hiperemia es crónica debe desvitalizarse la pulpa.

No debe ensayarse el *coiffage* de la pulpa más que cuando ha sido expuesta por acto operatorio, si no ha sido lacerada y si se halla en perfecto y normal estado.

En el caso de pulpitis, la desvitalización es el único tratamiento.

El ácido arsenioso es el agente específico para obtener este resultado.

La causa más frecuente de dolor en las aplicaciones arsenicales es la compresión de la pulpa.

Después de desvitalizada debe extirparse completamente la pulpa, desinfectar su canal y rellenarlo.

La anestesia cocaínica por presión es muy útil para anestesiar la pulpa y poder practicar su extirpación inmediata.

El procedimiento de Callaham es el más científico y el más práctico para desinfectar y ensanchar los canales.

Cuando el canal está infecto, su desinfección absoluta es la base de su tratamiento.

ción del canal pulpar y deben ser tratadas principalmente por este.

La desinfección del canal y los revulsivos son los medios terapéuticos que poseemos.

Se llama absceso alveolar una colección purulenta en el interior del alvéolo, debida á la supuración del pericemento y ocasionada generalmente por la infección del canal.

El tratamiento debe ser abortivo en su comienzo, y si la supuración se presenta se debe hacer evacuar el pus y desinfectar el canal, el saco del absceso y el trayecto fistuloso si existe.

El tratamiento de los canales infectos no debe ser inmediato, salvo algunos casos, en la mayoría se deben emplear varios días.

Cuando un absceso sin fístula se muestra rebelde á la terapéutica, se debe establecer una artificial.

En ciertos casos la reimplantación es el tratamiento más práctico.

Si existe necrosis alveolar, se deben extraer los secuestros y lavar la cavidad resultante con antisépticos.

Es necesario rellenar perfectamente y con asepsia los canales.

Consideramos la gutapercha sola ó disuelta en cloroformo, como la mejor substancia empleada para rellenar los canales.

Las esencias y los compuestos de formol, son los antisépticos mejores y más prácticos para los dientes.

La momificación de la pulpa es muy útil y el único tratamiento posible para algunos dientes.

Discusión.

Dr. Amoedo.—Yo lamento que el Sr. Losada no haya podido hacer la lectura completa de su comunicación, pero sin embargo, por lo que se deduce de sus conclusiones, yo creo que estamos de acuerdo en todo, excepto sobre dos puntos.

El primer punto de discusión es el empleo del formol y sus derivados y de los aceites esenciales. Yo he prescindido de estos productos á causa de la irritación que provocan sobre el pericemento. Aconsejo para las curas en los dientes con pulpa muerta el iodo y sus derivados, iodoformo, iodol, xeroformo, aristol, etc. El iodoformo tiene el inconveniente de su olor, más sus efectos son tan eficaces que recompensan este pequeño incon-

El otro punto sobre el cual no estamos de acuerdo, es sobre la indicación de la reimplantación como tratamiento en los dientes con pulpa muerta. Nunca se puede obtener el restablecimiento de las funciones fisiológicas del ligamento alveolo-dentario después del ingerto de un diente. Este tratamiento, único conocido de los primeros dentistas, Huntes, Jourdaine, Fox y otros, fué muy puesto en boga por Magitot; más hoy no creo que existan muchos dentistas que lo practiquen, y no puedo por menos de lamentar el verlo aconsejado en este Congreso.

Sr. Losada.—Voy á contestar en español al Sr. Amoedo. Lo que menos esperaba yo era que el Dr. Amoedo, el apóstol de la implantación, hablara así. Yo sólo aconsejo la reimplantación en determinados casos.

Respecto al empleo de los aceites esenciales es clásico. Yo hace un año que los empleo con buen resultado. El formol es irritante en soluciones fuertes, pero al 1 por 1000 se puede emplear. Y nada más; como la discusión ha sido breve, breve es la réplica.

DIENTES SISTEMA CASULLO

por J. BONIQUET, Médico-dentista (Barcelona).

Por poco versado que esté el dentista en la confección de aparatos protésicos, habrase lamentado en distintas ocasiones de la facilidad con que ocurre el desprendimiento ó bien la rotura de los dientes artificiales, sean cuales fueren las precauciones que se tomen con la articulación ó en poner divergentes los pernos.

Si el aparato es de caucho, se despegan los dientes con sus pernos de platino, ó bien se rompen al nivel de éstos si es de metal. Esto es lo que ocurre generalmente, obligando al mecánico á vulcanizar nuevamente la pieza ó bien á sujetar otra vez el metal á una elevada temperatura con el fin de soldar el diente de recambio, contribuyendo esto á que el caucho pierda gran parte de su elasticidad ó á que se deforme si el aparato es metálico, agriándose al propio tiempo su textura.

Los dientes con pernos no pueden ofrecer más garantías de

posterior se halla sujeta al aparato únicamente por los dos puntos de inserción de dichos pernos, que representan una simple línea transversal colocada en la parte media de la altura total del diente. Los demás de la superficie se hallan tan sólo yustapuestos á la plaquita metálica ó bien al propio caucho, pero sin adherirse á ellos.

De aquí resulta que durante el esfuerzo natural de la masticación el diente opuesto, sobre todo siendo natural y resistente, actúa fuertemente sobre el borde libre del artificial, generalmente de atrás adelante, y en estas condiciones sufre todo el esfuerzo de la presión nada más que la mitad del diente, á contar de la línea de la unión de los pernos, teniendo tendencia á separar la superficie que únicamente se halla en contacto. En estas condiciones pueden ocurrir tres distintos contratiempos: 1.°, si es la montura de caucho, que se despegue el diente junto con los pernos; 2.°, si es de metal y la parte del diente no es muy fuerte, se despega toda la porcelana quedando únicamente alguna porción adherida á las puntas; 3.°, si la porcelana está bien fabricada se parte el diente por la mitad, ó sea por la linea de adhesión desprendiéndose y quedando el resto pegado á la montura en la mayoría de los casos.

Estos accidentes, que son inevitables en los dientes comunes, resultan el escollo más importante de la prótesis dental, á cuyo remedio prestan inapreciable recurso los dientes Casullo, por cuanto además de resistir como ningunos á los esfuerzos masticatorios, facilitan el recambio en el caso de rotura.

Las circunstancias que garantizan estas cualidades dependen de que el diente Casullo se adhiere á la montura, no por una simple línea transversal, sino por una superficie vertical que desde el borde libre al talón del diente comprende casi toda la cara posterior de la pieza.

Los dientes de este sistema no penetran en la montura á beneficio de dos simples puntos metálicos más ó menos adheridos á su espesor, sino que es la montura la que penetra en el espesor del diente por dos láminas metálicas paralelas, que dispuestas en dos rebordes convergentes aprisionan la mayor parte de la masa que constituye el diente.

De este modo tenemos, pues, que por la sencilla posición entre las dos láminas metálicas y las ranuras del diente, pue-

empleo de algún cemento de los que se emplean para obturaciones, el resultado será de lo más completo que darse puede.

No faltará quien objete que disolviéndose el cemento con la saliva puede facilitar el desprendimiento del diente; sin embargo, hay que tener en cuenta que no llegando la ranura al borde libre resulta muy difícil que penetre la saliva en el lugar del cemento, muy especialmente si se tiene la precaución de recubrir el talón del diente, bien sea con el caucho ó con planchita metálica, con lo cual queda la pieza materialmente incrustada en el mismo aparato.

Otra de las circunstancias, que si cabe garantizan la retención de estos dientes, es la de que no han tenido que sufrir la influencia de elevadas temperaturas ya que se retiran de su montura cuando esta debe ir soldada, debido á lo cual queda en estado de integridad perfecta la textura de la parte, sin temor de que alguna fisura pueda comprometer su resistencia, como puede acontecer cuando precisa sujetarla á la acción del fuego.

Como lógica consecuencia del referido procedimiento de adhesión que caracteriza este sistema. resulta que el diente Casullo es fácilmente reemplazable en cualquier clase de aparato que se utilice, sea de caucho ó metálico, condición inapreciable, puesto que además del ahorro de tiempo, evita el deterioro de la montura. Estas ventajas hacen que sea este sistema de suma utilidad para los aparatos fijos en la boca ó sea los puentes. ya que puede procederse á la sustitución de las piezas rotas sin estropear el puente para quitarlo de la boca, como precisa hacer cuando los dientes están soldados; asimismo suplen indicaciones tocante á los aparatos combinados de oro ó caucho (mixtos), porque permiten el cambio de las piezas fracturadas sin deshacer el caucho, como precisa hacer cuando el aparato ha de ir de nuevo al fuego para soldar el diente.

En conclusión, podemos decir, que los dientes Casullo son sin disputa los dientes del porvenir y que forzosamente llegarán á imponerse, debido á las excelentes condiciones que acabamos de mencionar.

Los peligros de la cocaína.—(De *Le Progrés Dentaire).*

El gran valor de la cocaína como anestésico local se halla contrarrestado por sus efectos alarmantes, aunque raramente fatales, sobre ciertas personas predispuestas por su acción deprimente sobre el sistema vascular. Tiene el inconveniente como algunas otras drogas, de no poder decirnos después del examen del sujeto cómo resistirá éste á la influencia tóxica. Considerando la frecuencia del uso de las inyecciones gingivales de cocaína, creemos conveniente citar los casos de peligro que la prensa profesional nos comunica.

Un hecho que ha dado lugar á recientes debates en un Tribunal de Glocester ofrece interés especial, no sólo para los dentistas, sino para los médicos en general. Un individuo que sufría una violenta odontalgia. vióse obligado á consultar al dentista inculpado, el cual no aconsejó la extracción inmediata, obturando por el momento el órgano cariado con la ayuda de la cocaína. El paciente fué al poco tiempo acometido de vértigos, se le presentó una hinchazón en varios miembros y sufrió otros trastornos que le tuvieron enfermo durante seis meses. Por esta causa intentó el proceso contra el dentista por pérdida de tiempo y atentado á su salud. La defensa hizo observar que había que tener en cuenta el considerable estado nervioso del individuo y que la enfermedad no dependió enteramente de la cocaína. Después de una prolongada deliberación, los jurados no pudieron ponerse de acuerdo y el asunto fué demorado.

*
* *

Como se cuidan los dientes. por el Dr. E. Sauvez.—De la *Semana Médica de Buenos Aires).*

mantener la boca en estado de asepsia. Recomendar el polvo siguiente:

Creta preparada.....		90 gramos.
Piedra pómez porfirizada.....	aa.	5
Salol.....		
Esencia de menta.....	Q S.	
Carmín.....		

para cepillarse los dientes todas las mañanas con un cepillo duro.

2.° A la mañana después del empleo de este polvo, enjuagarse la boca con agua boricada al 3 por 100.

Repetir estos lavados de la boca después de las comidas.

B. Si la enfermedad está localizada, aconsejar además: 1.° A la tarde, cepillarse con el polvo siguiente:

Polvo de quinina.....	aa.	30 gramos.
» » corteza de roble.....		
Tanino.....		1
Esencia de menta.....		XX gotas.

2.° Enseguida, cepillarse los dientes y enjuagarse la boca con una solución de cloruro de zinc al centésimo.

3.° Aplicaciones de tintura de iodo en las encías cada dos días con un pequeño tapón de algodón en rama hidrófilo colocado en un alambre, evitando tocar los dientes.

*
* *

Tratamiento de ciertos abscesos dentarios, por el Dr. Jarre.—(De *Le Progrés Dentaire.)*

El Dr. Jarre, dentista de los hospitales de París, ha presentado á la Academia un trabajo sobre «La importancia del diagnóstico etiológico en la elección de tratamiento del absceso del seno maxilar». Demuestra que éste debe ser subordinado á la etiología de cada caso particular, y reasume su trabajo en las siguientes conclusiones:

1.° El absceso del seno maxilar es en la mayoría de los casos un absceso dentario simple ó complicado de necrosis, ó bien un quiste radicular abierto en el seno.

2.° El pus, en el absceso maxilar, tiene por origen principal, no el estado inflamatorio de la mucosa, sino más bien una lesión profunda intra-oseosa, frecuentemente de origen alveolar (raiz de diente enfermo, secuestro, quiste).

causa profunda de la supuración es seguida de una curación rápida y definitiva.

4.° Las lesiones secundarias de la mucosa del seno (inflamación perifistular, vegetacion, etc.,) curan en algunos días después de la desaparición de la causa productora del mal, sin que sea necesario intervenir de modo alguno del lado del antro de Higmoro.

*
* *

Sobre un caso de epitelioma de la mandíbula inferior, por M. Le Dentu.—(De los *Archives de Stomatologie.)*

En la sesión de la Academia de Medicina de París celebrada el 9 de Febrero último, M. Le Dentu relató la observación de un hombre de 75 años portador de un tumor supurado en la mandíbula inferior presentando todos los caracteres clínicos de la actinomicosis. La ausencia de puntos amarillos en el pus y los resultados del examen histológico de un fragmento de este tumor, demostraron que se trataba en realidad de un epitelioma supurado.

El autor añade, con ocasión de este hecho, que no es raro observar neoplasmas inflamatorios simulando la actinomicosis, y que es indispensable para su reconocimiento recurrir á un examen histológico.

*
* *

Procedimiento para reparar las coronas sin necesidad de extraer los pernos, por J. E. Taft.—(Del *Items of Interest.)*

En ocasión de tener que reemplazar un diente Logan roto, se me ocurrió la idea, ó mejor dicho recordé haber visto en alguna revista la explicación de un método de reponer la corona sin extraer el perno.

Todo el mundo sabe los peligros y el cuidado tan grande que se necesita para quitar el cemento del perno de una corona rota, pues se corre el riesgo de desprenderlo todo.

La primera operación que debe hacerse es quitar perfectamente todos los residuos de porcelana. Con una fresa redonda fina se taladra el cemento alrededor del perno hasta la profundidad de un octavo de pulgada, ó más si se necesita más re-

Con un trozo de platino se hace un tubo para poderlo adaptar á la parte de perno que sobresale de la raiz.

Se bruñe la parte exterior del tubo sobre el perno y se coloca en su sitio, y con una hoja de platino colocada sobre la raiz se bruñe como en las coronas ordinarias de pivot. Un diente se afirma en su sitio por medio de los pernos sujetos alrededor del tubo; se aplica la cera al dorso, y todo se recubre y se cuece como de costumbre. Después se desprende la hoja de platino del fondo dejando una corona perfectamente adaptada.

En cuanto á la resistencia tiene doble que la de cualquier espiga, pudiendo ponerse donde se quiera en cualquier diente á pivot. Si se prefiere puede hacerse la cocción del diente y unirse al tubo y á la hoja de platino con soldadura de oro.

***

La estomatitis de los tuberculosos, por el Dr. Petit.—(De *Le Mois medical).*

Aunque no bien descripta, probablemente porque se confunde con las diversas ulceraciones bucales tuberculosas, la estomatitis del tuberculoso debe ser considerada como una entidad mórbida. Se caracteriza desde el principio por el dolor, la cefalalgia y la temperatura, sigue los pasos de una enfermedad infecciosa y tiende siempre á la ulceración. La estomatitis de los tuberculosos coincide siempre con la tuberculosis pulmonar é intestinal y muy excepcionalmente con la tuberculosis ósea. El diagnóstico de esta afección es muy difícil porque sus síntomas son muy parecidos á los de la estomatitis aftosa, siendo de gran importancia diferenciar estas dos afecciones. para lo cual aquel se apoyará sobre el examen general del sujeto de una parte, y la ausencia de epidemia de otra. La estomatitis de los tuberculosos coincide con una modificación pulmonar, en general la agravación, ó simplemente con una reacción febril exagerada; otras veces puede aparecer sin causa, pero generalmente sobreviene en los calenturientos. La adenitis cervical es constante y persiste durante varias semanas después de la curación, pudiendo también supurar. La duración de esta enfermedad es aproximadamente de quince días, pero si se interviene en sus comienzos, el enfermo puede ser desembarazado de ella en menos tiem-

Para calmar el dolor y descongestionar la mucosa bucal, emplear:

Biborato de sosa.....	4 gramos.
Clorato de sosa.....	4 »
Agua hervida.....	100 »

Una cucharada de café en un cuarto de vaso de agua hervida teniendo cuidado de no añadir alcohol á la fórmula. Leche alcalinizada. huevos crudos, quinina. Embadurnar el cuello con una pomada guayacolada al 1/10.

Después que al período inflamatorio suceden las ulceraciones, es necesario tocarlas con:

Ioduro de potasio.....	1 gramo.
Glicerina.....	15 gramos.
Agua de cal.....	15 »

Asegurar la antisepsia intestinál con purgantes salinos y lavados alcalinos.

Recuérdese que el alcohol es un irritante y no debe entrar en la fórmula de los colutorios ó gargarismos, y en cuanto á los antisépticos son impotentes en este caso. Es necesario, igualmente suspender toda intervención sobre el sistema dentario mientras dure la afección.

*
* *

Muerte consecutiva á la administración del protóxido de ázoe.—(Del *B. J. of D. Science.)*

Encontramos en esta revista la descripción de un caso desgraciado en la administración del protóxido de ázoe. Trátase de un joven de quince años que asistió á la consulta del Dr. A. U., de Montreal (Canadá) para hacerse extraer un diente previa la anestesia con el gas susodicho. Como acabara de desayunarse, el dentista díjole que volviera unas horas más tarde cuidando de no tomar nada en el intervalo. Al medio día le fué administrado el protóxido y el diente fué extraído. Poco después tuvo un acceso de sofocación, muriendo en algunos minutos no obstante haber ensayado todos los recursos de la medicina para reanimarle. De las averiguaciones practicadas después de la muerte del sujeto, se vino en conocimiento que antes de ir por segun-

cantidad de frutas. El proceso calificó el caso, de muerte por causas naturales.

*
* *

Muerte consecutiva á la cloroformización.—(Del *B. J. of Dental Science.*)

También recientemente, Mr. E. Gibson, autoridad judicial de la villa de Manchester, ha instruído sumaria por un caso de muerte de la viuda Edith Shaw. A causa de violentos sufrimientos de los dientes, esta señora guardó cama y llamó al doctor, que á petición suya le administró el cloroformo antes de extraer aquéllos. El agente anestésico fué administrado según el procedimiento habitual, más al cabo de algunos minutos sobrevinieron síntomas de agotamiento. No volviendo en sí la enferma, fué ensayada la respiración artificial durante una media hora sin éxito ninguno. La acusación, después de juzgar temerario administrar el cloroformo para extracciones dentarias por considerar mal sistema el exponer la vida de las personas para operaciones tan sencillas, y de aconsejar se extraigan los dientes sin ayuda de anestésicos para evitar estos casos desgraciados, terminó su misión y el jurado calificó el caso de muerte por accidente.

*
* *

Higiene del pañuelo.—(Del *Scientific American.*)

Todas las personas, por apurada que sea su situación, pueden tener siquiera media docena de pañuelos baratísimos. Es preferible no llever pañuelo á usarlo asqueroso y sucio.

Su forma es indiferente, con tal que tenga suficiente extensión para recoger cómodamente las excreciones mucosas. Algo más importa la clase de tejido. El algodón produce calor y sensación molesta en la nariz. Los de hilo son preferibles.

No conviene servirse de pañuelos recién comprados. Son duros y acartonados y originan erisipelas y escozores.

No es indiferente el color. Blancos se prestan mejor al lavado y protegen en caso dado de los rayos solares por la refracción.

Deben llevarse dos pañuelos y á veces más, á consecuencia de los accidentes imprevistos que puedan sobrevenir.

Se guardará lejos del tabaco, de los fósforos, etc. No conviene el uso de perfumes y esencias. Hay que desconfiar siem-

La higiene exije que un pañuelo deje de servir en cuanto no se halle muy limpio, no cuando se halle muy sucio.

Conviene ponerse un pañuelo en la boca á la salida de los teatros y cafés en las noches muy frías, ó cuando se está acalorado.

Debe saberse que, sin embargo, no sirve esta precaución, si estando transpirando abundantemente nos exponemos á un aire frío repentinamente.

Tapando la boca tapamos una vía, pero dejamos abiertas muchas, todas las demás del cuerpo. Es, pues, indispensable también, y esto es lo principal, no ponerse al aire frío cuando se transpira mucho por abrigado que se esté.

El pañuelo representa á veces toda una clínica benéfica. Con él, mojado en agua, sacamos del desmayo á una persona, cohíbese la hemorragia de otra y hasta se improvisan medios eficaces de tratamiento.

Un cirujano, el Dr. Mayor, ha ideado una aplicación de vendajes con pañuelos; en una palabra, es prenda necesaria y útil.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 18 de Marzo de 1904.

Abrióse la sesión á las diez de la noche bajo la presidencia del Sr. Aguilar y con asistencia de los Sres. Sánchez, Subirana, López Alonso, Losada, Salces, Pérez (D. Tirso), Porras, Nogués, Pérez (D. Vicente), García Megías y López Pujalte.

Se lee y aprueba el acta de la sesión anterior.

Incidentes de la práctica profesional.

No habiendo ningún documento de Secretaría de que dar cuenta, se entra en la discusión de los incidentes de la práctica profesional.

El *Sr. Losada* trata de una extracción muy difícil que tiene que hacer en condiciones verdaderamente excepcionales, dado el estado de la enferma por una parte y la situación del molar en cuestión. Explica las condiciones en que se halla dicho molar, que es el cordal inferior derecho, y pide á la Sociedad su opinión sobre el *modus operandi*

El *Sr. Pérez* (D. Vicente), habla de varios casos semejantes ocurridos en su práctica, que ha resuelto muy satisfactoriamente extrayendo el segundo bicúspide del lado correspondiente para permitir el avance de los molares.

El *Sr. Aguilar* opina que este caso de erupción patológica es bastante frecuente, y él ha encontrado varios casos, algunos de los cuales cita, entre otros uno en el que la vida del enfermo llegó á peligrar por la serie de trastornos de toda especie ocasionados por la erupción susodicha. Dice que aunque suele ser muy difícil, la extracción se impone en estos casos. Aconseja recortar el borde gingival y reducir la inflamación, y previa la anestesia local en el caso que la extracción sea posible, el empleo de elevadores y el practicar con una fresa una incisión en el proceso alveolar.

El *Sr. Subirana* no está conforme con el procedimiento de D. Vicente Pérez, y en el caso descripto por el Sr. Losada opina que esos trastornos pueden ser de carácter infectivo ó mecánico, y en el primer caso la antisepsia y en el segundo la extracción del molar de los doce años, le parece el mejor procedimiento. Aconseja también desgastar prudencialmente el esmalte en la parte distal del molar anterior para poder colocar mejor los instrumentos, y de todas maneras dice que sin ver al enfermo es difícil dar una opinión concreta.

El *Sr. Losada* dice que no pide más que consejos y no explicaciones difusas; no está conforme con extraer la muela de los doce años, y cuando hay trastornos infectivos él usa el gálvano cauterio. Habla del funcionamiento del forceps llamado *físico*, que no cree muy apropiado en este caso. No está tampoco conforme con desgastar el molar anterior por no resolver, á su juicio, el problema y estropear en cambio una muela. Se muestra conforme con casi todo lo dicho por el Sr. Aguilar, y piensa seguir en gran parte el procedimiento por este aconsejado.

El *Sr. Subirana* hace de nuevo uso de la palabra para defender sus teorías anteriores.

El *Sr. Pérez* (D. Tirso) ha tenido también varios casos iguales, habiendo observado que generalmente se presentan en el lado izquierdo. Habla del forceps *físico*, cuya manera de obrar se explica por su forma, y cree que el caso citado será muy

El *Sr. Aguilar* aconseja mucha prudencia en estas ocasiones, pues puede darse el caso de luxar la muela y no poder extraerla.

El *Sr. Losada* da las gracias por la atención con que ha sido escuchado é insiste en alguna de sus manifestaciones.

Discusión del Reglamento.

Terminado este asunto se pone á discusión la reforma del articulado del Reglamento, de que son ponentes los Sres. López Alonso y García Megías. Se van leyendo los artículos y votando las correspondientes adiciones y supresiones hasta el final del Reglamento. Es aprobada una enmienda presentada por D. Bernardo Sánchez y desechadas dos adiciones propuestas por D. Tirso Pérez, y se levanta la sesión á las doce.

Sesión clínica del 8 de Abril de 1904.

Estuvo encargado de ella el Sr. Losada, que hizo una demostración práctica sobre el uso del martillo mecánico de ángulo, practicando al efecto una orificación en un molar inferior de una paciente.

Conocida por todos la pericia del operador, nos releva de hacer elogios sobre su demostración. Al principio y al final de ella dió interesantes detalles sobre preparación de cavidades y uso de distintos oros, que fueron escuchados con sumo interés por los concurrentes.

Hicieron uso de la palabra para felicitar al conferenciante y para hacer algunas observaciones, los Sres. Vicente Pérez, López Alonso y Bernardo Sánchez.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE VIZCAYA

No pudo celebrar la sesión correspondiente al mes de Marzo por falta de número.

Los pocos que se reunieron conversaron familiarmente de asuntos concernientes á la profesión, y se retiraron lamentando la ausencia de sus compañeros.

Para la próxima se anuncia una comunicación sobre «Teoría de la extracción según Godon.»

UNIÓN DENTAL ESPAÑOLA

SEGUNDA EXPOSICIÓN

Se pone en conocimiento de todos los dentistas, que el plazo de

A los señores que se han dirigido á la Comisión organizadora preguntando en que forma han de presentar los productos químicos, se les comunica que deben poner en las cajas ó frascos un lema, enviando además con el mismo lema una memoria explicativa del producto, y aparte, en sobre intransparente, lacrado si es posible, la tarjeta ó papel con el nombre y señas del autor.

Habiéndose agotado las circulares en que se detallaban las condiciones del Certamen, se ha impreso el Reglamento en el número de Abril de la revista *Unión Dental Española.*

Diríjanse las comunicaciones al Secretario de la Junta organizadora de la II Exposición Odontológica, Caballero de Gracia 39, Madrid.

COMUNICADO

Insertamos á continuación el que nos dirige D. Sebastián Carrasquilla, dentista de Bogotá, contestando á algunos conceptos de una carta del Sr. Riva y Fortuño sobre la polémica sostenida por este último señor y D. Demetrio Díaz P., de Colombia. Dice así:

Sr. Director de LA ODONTOLOGÍA:

Muy señor mío é ilustrado colega: Como un acto de justicia y de hidalguía, espero que usted se servirá dar cabida en su importante Revista á las presentes líneas.

Es el caso Sr. Director, que por haber dicho yo al doctor don Demetrio Díaz, dentista de esta ciudad en carta que vió la luz pública... «Y digo que existe identidad casi completa, por que salvo dos ligeras supresiones y una omisión al final de ese capítulo (anestesia local), el de la obra del Sr. Riva Fortuño está textualmente tomado de su tesis de grado (la del Sr. Díaz) publicada en 1897, esto es, *tres años antes* que el libro del señor Riva Fortuño, 1900». El individuo nombrado dice en el número 11, volumen XII, Noviembre de 1903, del periódico que con tanto acierto viene usted dirigiendo hace años: «... Trabajo que el defensor del Sr. Díaz, ó sea D. Sebastián Carrasquilla, supongo poseerá de una manera incompleta á causa de haberme visto precisado á retirarle el envío de mi revista por falta de

Falta á la verdad el autor del mezquino insulto, reo convicto pero no confeso del delito de hurto literario, pues nunca tuve el mal pensamiento de suscribirme á *El Progreso Dental*, y los números que de este periódico tengo en mi poder, los obtuve en canje con los *Anales de la Sociedad Dental de Bogotá*, publicación que estuvo á mi cargo y que yo remitía á la redacción de ese periódico.

Sirvan de comprobación á mi aserto los escritos míos titulados: «Sobre irregularidades de los dientes». «Inconvenientes de las irregularidades de los dientes». «De la dentadura de los niños», reproducidos en los números 71, 73 y 82, tomados, como allí mismo se dice, respecto de los dos primeros, de los *Anales de la Sociedad Dental de Bogotá*. En cuanto al artículo «Profilaxis del caries dental», núm. 82, traducido y extractado por mí de la obra del Dr. Miller sobre «Microorganismos de la boca humana» y publicado en los *Anales*, supongo que por algún descuido del cajista, no por peptomanía literaria del director de *El Progreso*, se omitió la fuente de donde fué tomado.

Por último, Sr. Director, remito á usted un ejemplar del número 7 de los *Anales*, para que, si usted lo tiene á bien, se sirva dejarlo en la Redacción de LA ODONTOLOGÍA con el fin de que si alguien lo desea pueda ver en la segunda página de la cubierta, bajo el título «Publicaciones recibidas, España». LA ODONTOLOGÍA, Cádiz; *El Progreso Dental*, Zaragoza, etc.

Prometiéndome no volver á distraer la ocupada atención de usted con asuntos tan baladíes, aprovecho esta oportunidad, señor Director, para ofrecerme á las órdenes de usted como su muy atento y s. s., *Sebastián Carrasquilla*.

BIBLIOGRAFÍA

Guía práctica y formulario para las enfermedades de la boca y de los dientes, seguido del manual operatorio de la anestesia por la cocaína en cirugía dental, por G. Viau, Cirujano dentista de la Facultad de Medicina de París, Profesor de la Escuela Dental de París, Presidente de la Sociedad de Odontología de 1893 á 1894, etc., etc. Tercera edición. Un volumen de 522 páginas, encuadernado, 6 francos.—La obra de M. G. Viau, que antes se publicó bajo la denominación de *Formulario*, aparece esta vez con profundas modificaciones que dan al librito mayor interés que en las dos ediciones precedentes.

mulas de un breve resumen médico ó quirúrgico para hacer comprender la finalidad de las fórmulas y justificar la elección de las prescripciones. Tampoco ha querido el autor llenar su libro de fórmulas sencillas copiadas de cualquier parte, habiendo sido su elección dictada por los resultados que cada una de ellas le ha dado en su larga práctica profesional; son fórmulas de práctico observador y concienzudo. Ha añadido también otras que los nombres autorizados de sus autores han consagrado desde largo tiempo, y llenas, por lo tanto, de valor científico.

Esta obra no estaría completa si en ella no se hubiera tratado de la cocaína y de su empleo en cirugía dental. M. G. Viau, cuya competencia en esta materia está por todos reconocida, ha consagrado un largo capítulo á este estudio, que termina por un resumen de una precisión absoluta y de una claridad perfecta del proceder operatorio que él emplea siempre. Ha juzgado útil y necesario describir este método de anestesia tal como lo practica desde Julio de 1886, con perfectos resultados.

La obra es una síntesis clara y sencilla que el estudiante y el práctico consultarán con facilidad suma y sin perder el tiempo en obras de gran extensión y llenas de fórmulas de todas clases.

*
* *

Terapéutica de la boca y de los dientes, higiene bucal y anestesia dental, por el Dr. Mauricio Roy, dentista de los Hospitales de París, Profesor de la Escuela Dental de París. Segunda edición. Un volumen de 300 páginas, encuadernado, 3 francos. (Manual del cirujano dentista, de Ch. Godon).—El plan adoptado por el Dr. Roy en su obra, permitirá al estudiante asimilar fácilmente los elementos de terapéutica dental que son objeto de la primera parte de su volumen. Después de las *Nociones generales de terapéutica* ha abordado el estudio de las *medicaciones*, aplicando á la terapéutica dental los principios y los procedimientos de la general. Estudia sucesivamente las medicaciones desinfectantes, antiflogísticas, hemostáticas, la medicacióu del dolor, las medicaciones que no ofrecen más que ciertas aplicaciones á la terapéutica dental, pero indispensables al estudiante que debe tener algunas nociones de terapéutica general en razón á su importancia.

El estudio de los medicamentos es seguido de un *memorial terapéutico* donde el autor pasa revista á todas las afecciones que pertenecen al campo del dentista, indicando también de la manera más completa posible el tratamiento de cada una de ellas.

La *Higiene bucal* forma la segunda parte del volumen.

La *Anestesia* es el objeto de la tercera parte. El autor estudia la anestesia general y local, sobre todo desde el punto de vista de la anestesia dental, dando un espacio bastante grande á la fisiología tan importante de conocer para evitar los accidentes. Termina por un capítulo sobre la *Anestesia desde el punto de vista médico-legal*, según el reciente libro del Dr. Brouardel.

Este volumen forma parte de la colección del *Manual del cirujano*

La segunda edición ha sido cuidadosamente revisada y notablemente aumentada. Todas las nuevas adquisiciones de la terapéutica dental y de la anestesia en estos últimos años han sido estudiadas, habiendo sido añadidos varios capítulos sobre la anestesia general y local. El memorial terapéutico ha sido igualmente aumentado y notablemente transformado.

***

La última palabra sobre odontología, por D. José Boniquet.—Hemos recibido un folleto del conocido médico dentista de Barcelona, D. José Boniquet, en el que bajo el título citado trata de la reconstrución de muelas destruídas por la caries, previamente curadas las raices, de la colocación de dientes aprovechando la raiz como valioso medio de sostén, de la reconstrucción de los dientes rotos por causa de un accidente conservando la propia raiz, de la colocación de aparatos artificiales sin paladar ni ganchos y de la sustitución de los aparatos viejos de paladar por los de este sistema.

Contiene una porción de grabados explicativos del texto, que acusa los conocimientos especiales y larga práctica del autor. Véndese al precio de una peseta.

***

La dentición de los niños, por A. Cheriguian Nigogoss.—El conocido y estimable dentista de Orense, cuyo nombre encabeza estas líneas, nos ha remitido un folleto de 16 páginas de utilidad suma para las madres y el público en general, por los sanos consejos que dá sobre los cuidados é higiene que debe prestarse á los dientes de los niños, cuyo abandono es á veces causa de graves trastornos. La brevedad y sencillez avaloran el librito cuya lectura aconsejamos.

RECETAS Y CONSEJOS

Afecciones inflamatorias de la boca.—La *Revue de Laryngologie* asegura los buenos resultados que en todas las afecciones inflamatorias de la boca y la faringe, ya sean agudas, ya crónicas, produce la mixtura siguiente:

Clorhidrato de cocaína.....	De 0,15 á 0,25 gramos.
Menthol.....	» 0,12 á 0,15 —
Antipirina.....	» 1 á 2 —
Alcohol.....	1,05 —
Glicerina.....	3,05 —

Cuatro ó cinco gotas en un terron de azúcar que se deshace lentamente en la boca, tragándolo después hacen posible la deglución.

Debe tomarse algunos minutos antes de las comidas.

Esterilización de las manos.—Las manos pueden quedar esterilizadas usando permanganato de potasa, ó mejor aún, con una nueva preparación llama *sublamin*, que es tan poderoso como el sublimado corrosivo

polvos de jabón, penetra más hondamente y deja las manos muy suaves. Cuando las manos hayan tocado materias infecciosas, deben siempre lavarse con *sublamin*.—(S. H. HOPKINS, *International Dental Journal*.)

Pasta de cloroformo.—

Cloroformo	2 onzas.
Eter	2 dracmas.
Alcohol	1 onza.
Alcanfor	1 dracma.

Es muy conveniente esta pasta después de aplicaciones de arsénico, inserción de una corona ó puente, y después de los dolores de una extracción, al abrir un absceso alveolar, etc. Aplíquese á la encía una bola de algodón saturado con este ungüento. Usualmente da pronto alivio.—(WM. H. TRUEMAN, *International Dental Journal*).

Glicerolato de timol.—El glicerolato de timol actúa admirablemente como preservativo si se deja en el fondo de un canal de raiz bien limpia cuando esté lista para ser rellenada.—(DR. BOGUE, *Dental Cosmos.)*

Dorado. -Para trabajos protésicos y otras pequeñas aplicaciones, há gase una preparación disolviendo una onza de carbonato de amoniaco y una onza de cianuro de potasio en un cuartillo de agua destilada. Únase el aparato al zinc y un pedazo de oro puro al carbón de cualquier batería.

Póngase la disolución en un cacharro de porcelana en un fuego de llama lenta y dejarlo hervir, dejando el aparato y el oro en la disolución de 10 á 15 minutos. Cepíllese con un cepillo duro lleno de bicarbonato de sodio y se obtendrá un color de oro muy bueno.—(J. Q. BYRAM, *Dental Review.)*

Limpieza de canales pulpares.—Los Dres. André y Marion recomiendan la fórmula siguiente:

Aldehido fórmico	40 partes
Esencia de geránio	20 —
Alcohol	40 —

Esta fórmula ha sido el resultado de una serie de experimentos cuidadosamente hechos, emprendidos con el objeto de utilizar las propiedades valiosas del formaldehído para tratar con seguridad, eficacia y con la menor molestia para el paciente, canales pulpares y sus alrededores en condiciones putrefactas.—(*British Journal of Dental Science.)*

La saliva.—Es un hecho que vale la pena de tener presente, que la saliva de un individuo que goce de buena salud no le es peligrosa así mismo, aún en heridas que no sean en la boca, si bien esta secreción sería peligrosa á cualquier otra persona. Probablemente la razón para ello es una inoculación por solución de continuidad.—(RH. M. DAWBARN, *International Dental Journal.)*

Influencia de las encías inflamadas sobre dientes que no han salido.—

las infectadas, es cosa que merece atención. En niños endebles he visto con frecuencia que una glándula haya quedado infartada y finalmente haya supurado por esta causa.

Dejo á la consideración del lector el efecto que causaría en el diente una incisión en una encía inflamada, pero tengo la completa convicción que un pinchazo á tiempo evitará futuras consecuencias en forma de aspectos tuberculosos ó que supuren.—(Geo Morgan, *British Dental Journal.*)

Infección.—Antes de limpiar el tártaro á los dientes, debe quitarse toda la materia putrefacta que esté en los bordes de la encía ó alrededor de los cuellos. La misma precaución debe seguirse antes de poner los clamps alrededor del cuello de un diente ó cuando se emplee algún instrumento ó procedimiento expuesto á dañar los tejidos blandos, como en el caso de cuñas ó separadores.—(*Dental Cosmos.*)

Tachiol. Nuevo antiséptico.—Este nuevo antiséptico no es nada más ni menos que fluoruro de plata, y la razón para que se le haya dado un nombre nuevo no la sabemos. Sin embargo, su poder antiséptico parece ser bien notorio. Trató de ello ante la Real Academia de Medicina de Roma el Profesor Durante. En una disolución de 1 por 150.000, mata en el periodo de un minuto los microorganismos más resistentes. Una disolución de 1 en 200.000 se probó que era suficiente para matar en un minuto el *bacilus typhoid*; una disolución de 1 en 1.000 es suficiente para matar por completo en 20 á 30 minutos *anthrax spores* que habían resistido vapor durante quince minutos. El poder tóxico del fluoruro de plata es mucho menor que el de otros antisépticos.

Esta droga fué probada clínicamente en gran escala en diferentes afecciones.

Para desinfectar cavidades con supuración se han usado disoluciones desde 1 por 1.000; en cistitis y endometritis se han empleado disoluciones de 1 por 5.000 y 1 por 10.000. Los resultados han sido muy satisfactorios.

En algunos casos de tuberculosis con sinosis fistulosas se han obtenido cicatrizaciones graduales y completa obliteración; en otras con supuración perdió este caracter purulento y una mejora notable tubo efecto en la condición local. También ha dado excelentes resultados en experimentos con animales inoculados con *virulent anthra bacilli.*

En estos casos el fluoruro de plata ha sido empleado hipodérmicamente.—(*Merck's Reports.*)

HOJAS SUELTAS

De vuelta.—Hace muy pocos días ha regresado de Alemania nuestro querido director D. Florestán Aguilar para donde salió con el doble objeto de visitar á los príncipes de Baviera y de asistir á la reunión anual que esta vez ha celebrado en Hamburgo la Sociedad de Dentistas

Sensible desgracia.—Con la mayor pena tenemos que dar á nuestros lectores una noticia que de seguro producirá gran sentimiento entre toda la profesión española y gran parte de la extranjera.

Se trata del fallecimiento de doña Matilde Cardoso, estimable compañera de profesión de Sevilla y tan conocida como estimada de todos por haber sido indispensable concurrente á todos los Congresos celebrados en estos últimos años. Cuando lloraba el recientísimo fallecimiento de su esposo el Sr. Fernández y González, también querido compañero, de la que dimos cuenta en el número anterior, le ha sorprendido la muerte, joven aún y cuando menos podía esperarse.

Al dolor que la pérdida de un compañero nos produce siempre, tenemos que añadir esta vez el causado por la gran estimación que en esta casa se la profesaba. Acompañamos muy sinceramente á su hijo don Rafael en el hondísimo pesar que dos pérdidas tan grandes é irreparables tienen que haberle producido.

Nueva plaza de dentista.—La *Sociedad filantrópica mercantil matritense*, importante entidad comercial de esta corte que cuenta más de mil socios, ha provisto recientemente una plaza de cirujano-dentista, de nueva creación, dotada con el sueldo anual de 1.250 pesetas. Los servicios de prótesis son remunerados previa una reducción en los honorarios corrientes á favor de los socios.

Ha sido nombrado para este cargo D. Delfin Brito á quien felicitamos muy cordialmente.

Inauguración de nuevos departamentos en el dispensario de la Escuela dental de París.—El profesor M. Debove, decano de la Facultad de Medicina y M. Mesureur, director de la Asistencia pública, han inaugurado el 15 de Abril los nuevos departamentos construídos para la Escuela dental de París, gracias á una importante donación y á los recursos personales de esta institucion filantrópica.

MM. Debove y Mesureur, acompañados de numerosas personalidades médicas y políticas, fueron recibidos por los directores, el Consejo de Administración y el cuerpo de profesores de esta Escuela. Los visitadores oficiales fijaron sobre todo su atención sobre la nueva sala donde los alumnos de primer año ejercen sus primeros pasos sobre *aparatos fantasmas*, sobre la sala de perfeccionamiento donde los alumnos del cuarto año ejecutan los más difíciles trabajos de la profesión dental, sobre las salas de histología, de microbiología, en fin, sobre el servicio de anestesia donde los desgraciados pueden soportar bajo el sueño anestésico las más delicadas operaciones dentales.

El servicio de prótesis ha demostrado á las autoridades que sólo en la Escuela dental existe una organización capaz de proveer á los desheredados de la fortuna de aparatos protésicos perfectos para la masticación perdida y los aparatos de restauración buco facial, permitiéndoles encontrar una estética destruída por la enfermedad ó por los accidentes.

MM. Debove y Mesureur, visitaron la Escuela en pleno funciona-

ministración, que con una abnegación sin ejemplo se consagran á cuidar cada año los dientes de más de 50.000 desgraciados.

Memorias de un concurso.—Al concurso de premios de la Academia de higiene de Barcelona, cuyas bases publicamos en uno de nuestros números anteriores, han sido presentadas en la sección X las siguientes Memorias:

Memoria núm. 3. Lema: «La voz es un capital que debe conservarse». —Memoria núm. 11. Lema: «..... mostraba negra pupila».—Memoria núm. 13. Lema: «La Odontología es la piedra angular en donde se ha esculpido la Medicina y la Cirugía».—Memoria núm. 17. Lema: «Si vis pacem para bellum».

En esta sección X estaban comprendidas la oftalmología, laringología, dermatología, odontología, vías urinarias y obstetricia.

Un sucedáneo de la cocaina.—M. F. Billon ha descubierto un sucedáneo de la cocaina que ha sido experimentado por Reclus, Lapersonne, Sauvez y Chaput, al parecer con excelente éxito. El autor le ha dado el nombre de amylcina.

Matrimonio.—Lo ha contraido en Avila nuestro apreciable colega D. José Guiu Balaguer con doña María Carles Lanzarote. Deseamos al nuevo matrimonio felicidades sin fin.

Estadística dental.—*Según el Anuario estadístico de la villa de París* de 31 de Diciembre de 1901, existían en el departamento del Sena 294 cirujanos-dentistas en ejercicio, de ellos 272 en París.

388 dentistas ejercían en virtud de las disposiciones del artículo 32 de la ley de 30 de Noviembre de 1892, de ellos 342 en París.

Ejercicio ilegal de la odontología.—En la *Gazette medicale de París* leemos un caso de haber impuesto los tribunales á un falso dentista que ejercía sin título la multa de 1.200 francos por dos conceptos distintos. Este intruso, cuyo nombre y señas hace públicos dicho colega, fué denunciado por el Sindicato de Cirujanos-dentistas y al parecer es reincidente en la culpa.

Higiene militar.—En una circular que el Inspector general de Sanidad del Ejército de la Argentina ha dirigido á los jefes de cuerpo, entre otros preceptos higiénicos cuya observancia se impone con la mayor severidad, encontramos el siguiente: *Ordenar la limpieza de la boca á todo soldado.*

Muy obligados.—Damos las gracias más expresivas á nuestro querido colega *La Stomatología* de Milán, por la reproducción del trabajo de nuestro director D. Florestán Aguilar, titulado *Las Escuelas de Odontología en los Estados Unidos.*

LA ODONTOLOGIA

Año XIII | Mayo 1904 | Número 5.

TRABAJOS ORIGINALES

ALGUNAS ENFERMEDADES DE LOS DIENTES Y SUS COMPLICACIONES

CAMPO OPERATORIO DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS

por D. Manuel Ramón Pareja

Cirujano dentista, Director de clínicas y Profesor de Patología y Prótesis de la Escuela dental de Cartagena (Colombia).

Las enfermedades que atacan á los dientes, órganos de la masticación, se propagan con muchísima frecuencia á los órganos vecinos. Queremos dar á entender en este ligero escrito, que nuestro campo operatorio como cirujanos dentistas no debe estar limitado únicamente á los trastornos dentales, sino á todos aquellos de la cavidad bucal, y fuera de ella siempre que se presenten próximos á los límites de nuestra especialidad.

Tenemos derecho para tratar esas afecciones puesto que su diagnóstico no es fácil, teniendo presente en los síntomas alteraciones provenientes de nuestro campo de estudio, los dientes, causa de muchos otros trastornos aunque á veces parezca que no es así.

El antro ó seno maxilar, por ejemplo, se cree generalmente que no debe ser atendido por los dentistas, y sin embargo muchas de sus afecciones tienen por origen la relación que existe entre él y el aparato dental. Los abscesos submaxilares que con tanta frecuencia hemos visto dilatar por fuera de la boca (en los carrillos), dejando una cicátriz que afea el rostro, y con tanta mayor razón si se trata de una mujer nos corresponde tratarlos puesto que su causa se deriva de los dientes. Las necrosis alveolares y de ambos maxilares, los abscesos alvéolo-palatinos, las fisuras de la bóveda palatina y del velo del paladar, las artritis témporo-maxilares, etc., etc., todas son enfermedades que caen bajo nuestro dominio. Las últimas tienen por causa, casi siempre, el desarrollo y evolución de los terceros molares que tanto hacen sufrir á los pacientes.

Nuestra clínica y nuestro cariño por la odontología han in-

fluído mucho sobre nuestra dejadez para llevar recogidas algunas observaciones, de las cuales copiamos las siguientes para conocimiento de nuestros colegas:

Absceso del seno maxilar.—A. F. se presentó en mi gabinete el 21 de Abril de 1901.

Síntomas.—Ligera sensación dolorosa en el primer gran molar superior izquierdo, obturado con amalgama en una cavidad coronal bastante grande. En la región del seno maxilar acusaba pequeño dolor al comprimirla con el dedo, dolores de cabeza y escalofríos y ningún síntoma inflamatorio. Manifestó que desde hace meses se sentía así, sin que se hubiera presentado el dolor en el molar hasta ese día. No ha sentido ninguna novedad en las fosas nasales.

Diagnóstico.—Absceso en el seno maxilar izquierdo.

Tratamiento.—Removí la obturación y encontré la pulpa de una de las tres raíces en descomposición; fetidez notable; practiqué la remoción del tejido dañado y limpié perfectamente el canal radicular con un instrumento Donaldson é introduje una sonda muy delgada que no pudo pasar por el ápice para llegar al seno, según era mi deseo; hice la avulsión del molar, y limpio el alvéolo de los coágulos, noté una abertura insignificante en el fondo, ensanché ese orificio con un instrumento apropiado en forma de prisma en la punta con tres lados cortantes, lo introduje y le imprimí un movimiento rotatorio poco á poco; coloqué la cánula de la jeringuilla é inyecté una solución de bicloruro de mercurio al 1 por 20.000 y no dió resultado por no haber tenido salida. Una nueva inyección arrastró la primera y gran cantidad de pus fétido, espeso y amarillo por la fosa nasal correspondiente al seno.

Continué las lavados durante quince días consecutivos, teniendo cuidado de impedir la cicatrización por medio de algodones boricados. El 3 de Mayo cambié la solución de bicloruro de mercurio por otra de permanganato de potasa al 1 por 1.000 con el objeto de hacer desaparecer el mal olor.

El pus continuaba evacuándolo en abundancia y espeso.

El día 10 desapareció el mal olor. Practiqué lavados diarios, coloqué un tubo de caucho á lo largo del alvéolo para que se efectuara la evacuación del pus por ese conducto y alteré los lavados dichos con otros de solución de iodo al 15 por 100 y mejoró mucho.

Continuó mejorándose con lavados de ácido tánico, solución al 1 por 100 hasta que cicatrizó el alvéolo.

Necrosis alveolar.—J. C. de C. fué examinada el 5 de Julio de 1901.

Síntomas.—Supuración por el alvéolo del diente lateral superior izquierdo que había sido extraido; dolor en toda esa región, inflamación en la parte superior y blandura de los tejidos vecinos; el diente extraído permaneció en su alvéolo, sirviendo apenas la raiz como soporte de un diente de pivot que usó durante mucho tiempo.

Diagnóstico.—Exploré con un estilete el alvéolo y comprendí que se trataba de un caso de necrosis alveolar.

Tratamiento.—Incisión larga y longitudinal bastante profunda en la cara anterior del alvéolo que estaba fracturada. Separé un secuestro por la abertura y lavados de solución boricada al 3 por 100, dejando colocada una mecha. Al día siguiente encontré ensanchada la parte enferma por la presión ejercida por la mecha; desinfecté la cavidad y volví á examinarla, encontré un ligero abultamiento sobre la región próxima al canino del mismo lado y extremado dolor al tacto. Supuración abundante, clara y amarillenta; extraje un secuestro de la porción inferior de la pared alveolar anterior y practiqué lavados dejando colocadas mechas.

El día 18 continuaba la enferma en el mismo estado y noté que las paredes alveolares estaban negras, lo que me hizo sospechar la existencia de mayor porción necrosada. Lavados como antes y mecha.

El 24 hubo más supuración que de costumbre. Lavé la cavidad y después de seca, la exploré y el estilete movió una parte de la pared alveolar lateral divisoria del canino. Desprendí el secuestro con facilidad del único punto de adherencia que tenía á la porción superior de la pared posterior. Quedó descubierta por ese lado la raiz del canino. Lavados y mechas.

El 28 observé otro pequeño secuestro en el tabique divisorio del alvéolo del central y aflojamiento notable de este diente. Extraje la esquirla muy negra y continué con el mismo tratamiento.

Siguió bien, curando á los pocos días.

Absceso alveolar con complicaciones en el antro.—J. L., exa-

Síntomas.—Inflamación considerable del carrillo; en la cavidad bucal presentaba un tumor grande y fluctuante sobre la primera bicúspide superior izquierda totalmente destruída en su porción coronal y con dolor en toda la región.

Diagnóstico.—En presencia de los síntomas anteriormente enunciados, *absceso alveolar*.

Tratamiento.—Hice la extracción del raigón é inmediatamente comenzó el descargue del pus, líquido y sanguinolento. Lavé el saco del absceso por el alvéolo con solución de permanganato de potasa al 1 por 1.000. En el estado de vacuidad de dicho saco, observé la complicación del absceso con el antro, puesto que al tacto de la mucosa gingival percibí la destrucción de la pared anterior del seno casi en su totalidad; las paredes del hueso estaban rugosas y se sentían al través de la mucosa, que después de aplicarse sobre ellas el dedo sonaba como uu pergamino.

El día 26 hice los lavados como antes, devolviéndose por el hueco alveolar; coloqué en éste un tubito de caucho duro y procedí á practicar una incisión en la mucosa que formaba el tambor, practicando lavados por ella que tenían salida por el tubo arrastrando el contenido purulento. Mecha de algodón boricado.

Día 31.—Hubo aumento de supuración. Lavados iguales. Noté en el fondo alveolar un punto blanco, el cual resultó ser una mecha de hacía cuatro días que se introdujo en el seno por descuido del enfermo, quien me manifestó se le había salido el día que la eché de menos. La extraje, volví á lavar y coloqué mecha nueva.

Mejoría notable cada día hasta la cicatrización.

CONFERENCIAS CIENTÍFICAS

IMPORTANCIA DE LA BOCA EN LA PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS

por el Dr. D. Antonio Espina y Capo. (1)

Galantemente invitado por la Junta directiva de la Sociedad Odontológica Española para ocupar este puesto en esta noche, aunque ajeno por completo á los conocimientos que aquí se dis-

(1) Conferencia dada en la Sociedad Odontológica Española el 19 de

cuten y se amplían, he venido, sin embargo, á decir algo que pudiera relacionarse con ellos, y este algo lo he encontrado inmediatamente en el objeto de vuestra especialidad, en la boca, eligiendo como tema «Importancia de la boca en la profilaxis de la tuberculosis».

Llevo treinta años predicando la lucha contra la tuberculosis en este país que fué el primero de Europa que en el siglo XVII tuvo en Valencia Ordenanzas contra la tuberculosis y en Madrid, fundó por la Venerable Orden Tercera, un hospital de tuberculosos, aunque después, desgraciadamente, olvidó esta gloriosa tradición. Hoy parece que queremos ganar el terreno perdido y hemos vuelto, con el entusiasmo que tenemos los españoles á veces, á esta lucha, procurando recobrar lo perdido en el siglo XVIII.

La boca es el órgano, por el cual el hombre expresa sus pensamientos. No le hace falta hablar, porque un gesto dice á veces más que todos los discursos. La boca es el órgano de mayor expresión de la cara. La boca pone al hombre en relación con sus semejantes. La boca es una cavidad de resonancia y en ella está el lenguaje. Es el órgano que ha conmovido y conmueve el mundo. Sin el lenguaje sin la palabra, el hombre no se encontraría tan distanciado en la escala animal. El hombre no tiene la agilidad del mono ni la fuerza de otros animales; pero tiene dos órganos: la lengua y la mano, que, como digo, le distancian en la escala animal. La lengua es el órgano que pone en comunicación á todos los pueblos. La cavidad que constituye la boca, es el *santa santorum* de vuestra especialidad.

Vosotros estais encargados de ejercer una vigilancia extrema en las primeras fronteras de nuestro organismo. La boca tiene la expresión de la palabra, pero tiene otra expresión más alta, el canto. La música conmueve y con la expresión del canto eleva el entusiasmo, llegando á veces á despertar á la patria dormida y conduciéndola á la victoria con sus himnos guerreros. La boca, con su mímica, expresa tanto como la palabra, y la boca contiene órganos de la respiración y de la deglución que constituyen las avanzadas, las defensas de nuestro organismo. En la boca confluyen los primeros órganos del aparato respiratorio y del aparato digestivo, de tal manera, que cuando se estudia la respiración se empieza por la boca, y cuando se estudia la digestión se empieza también por la boca.

Está constituída, como sabéis, por partes duras y por partes blandas, ambas á vuestro cuidado, partes blandas y revestimientos que pueden ser nido de epidemias, nido de microbios, de agentes virulentos que en su lucha con el organismo pueden vencer, como siempre, el más fuerte. La boca tiene partes duras, partes óseas encargadas de la defensa en algunos animales y cuya misión es la masticación. No he de entrar aquí en el examen de lo que vosotros tenéis á vuestro cuidado, los dientes en general, pero si he de decir que por el progreso de la higiene, afortunadamente os vais á quedar sin clientes. Desde el momento que la higiene se introduzca en la boca, la conservación de los dientes y de las encías será un hecho que llevará consigo la desaparición de muchas enfermedades y la sociedad irá haciendo que los encargados de la odontología abandonen el terreno en cuya posesión tanto les ha favorecido la ineducación y el atraso, sobre todo en España. El cuidado higiénico de la boca dará lugar, lo mismo que la higiene en la medicina, á que llegue una época en que el odontólogo, lo mismo que el médico, no sean llamados para curar, sino para evitar. Hoy no se puede ser dentista sin ser médico; hoy no se puede ser especialista en ninguna de las ramas de la medicina sin los conocimientos generales de la misma. Por esto la odontología está llamada á ser una rama dentro de nuestra carrera, á constituir una especialidad.

La importancia de la boca, tal como hasta aquí la hemos considerado es muy grande, pero aún es mayor si se la considera como puerta de entrada y nido de agentes patógenos. La flora microbiana está representada por parásitos morbosos y de defensa. Entre los primeros ninguno tiene la importancia del microbio de Kock, el microbio de la tuberculosis. Por la boca entra este elemento destructor de la generación presente. Por la boca y en la boca se anida aguardando que las defensas epiteliales se rompan para hacerse patógeno en el acto. Muchas de las caries, de esas lesiones dentarias que están á vuestro cuidado, no han sido otra cosa que manifestaciones de la tuberculosis.

Yo voy á considerar la boca esta noche bajo los dos aspectos de que he hablado antes: como órgano de ingreso del aparato digestivo y como órgano de ingreso del aparato respiratorio.

Existen descuidos que el hombre paga con su existencia y

uno de ellos es la falta de higiene de la boca que se observa con bastante frecuencia.

Desde la repugnancia que ofrece el individuo que con la boca descuidada se acerca á nosotros, hasta la imprudencia temeraria de los que se acercan al niño para besarle, hay una serie de imprudencias que debían de ser penadas por el código. Hay un pueblo culto y civilizado que se ocupa de una manera profunda de todos los cuidados que afectan á la higiene, al que se llama pueblo egoísta porque es altruista para sí mismo, y que en realidad solamente lo es en sus relaciones con los demás, en el cual existe la costumbre de que los niños lleven un cartel en la gorrita que dice: «No me beses», lo que demuestra el temor de que por el beso se transmita al niño una infección, inutilizando á aquel ciudadano en flor, á aquella esperanza de la patria.

Los individuos que descuidan su boca empiezan por no masticar bien, siguen por no ingerir bien, por no preparar bien el bolo alimenticio y concluyen por padecer trastornos gástricos ó estomacales. Los que no se cuidan de limpiarse la boca después de comer porque no lo juzgan necesario, dejando entre los dientes restos de alimentos con los cuales pudiera alimentarse toda una familia, cometen un descuido punible para él y para sus semejantes que debiéramos tratar de evitar, y del que debemos lamentarnos más que de otras transgresiones de la higiene. La boca, como órgano de ingreso de la tuberculosis, tiene mucha importancia por ser la puerta de entrada de los aparatos digestivo y respiratorio. «Boca cerrada, salud guardada». «En boca cerrada no entran moscas», son refranes populares que confirman las anteriores consideraciones.

¿Cual es la puerta más abierta para el ingreso de los microbios que flotan en el aire? Indudablemente la boca, porque las narices tienen medios de defensa en sus repliegues, en sus tabicamientos, en sus cornetes, en su organismo dispuesto para templar el aire, para filtrarle, para dirigirle al aparato respiratorio, lo que no sucede en la boca, que casi siempre está abierta, que está abierta para relacionarnos con nuestros semejantes, que tiene que abrirse y cerrarse en el acto de la alimentación, que resulta, en una palabra, una compuerta abierta constantemente y por consiguiente el órgano por el cual más fácilmente puede ingresar el microbio de la tuberculosis.

Considerando la boca como órgano de ingreso del aparato respiratorio, debería la higiene disponer la respiración nasal En algunos pueblos se enseña á los niños en las escuelas de primera enseñanza á respirar por la nariz, pero hoy podemos considerar la boca como órgano de ingreso del aire y en ocasiones del aire infecto, y por lo tanto, de microbios que son fácilmente absorbidos y que no tardan en hacerse patógenos. De la boca, pues, parten todas las infecciones microbianas, entre las cuales la más principal y la más terrible es la tuberculosis.

Otro modo de considerar la boca como órgano de ingreso de la tuberculosis, también de gran importancia, es por lo que se refiere á la alimentación. No entraremos á discutir lo discutido ya en Congresos y Academias sobre si el microbio de Kock, el microbio de la tuberculosis aviar ó bovina es ó no patógeno. Admitámosle como tal en lo fundamental de la higiene. Si no lo es, nada habremos perdido y si lo es, habremos ganado mucho. Pues bien, en los alimentos, sobre todo en los procedentes de las reses bovinas, en vivo como la leche y en muerto como las carnes, despojos, etc., hay la contingencia de que procedan de animales tuberculosos. No basta la inspección de los mataderos ni vigilar con acierto el ordeño de las reses vacunas. No hay aquí una ley de profilaxia sanitaria como en Francia y en Alemania; tampoco hay una ley de indemnización como en Dinamarca y basta con que haya un animal contaminado, para que al ser transportada su carne en los carros que corren por Madrid para vergüenza nuestra y de los ediles, propague la tuberculosis. Y no es este el peligro verdadero; sino el de que no encontrando este microbio defensas en el organismo, se apodere de él y determine una tuberculosis más rápida. ¿Cual es el elemento de resistencia? Comer bien y para comer bien, tener una buena dentadura y naturalmente tener una buena comida. Pero una comida regular es más aprovechada si el individuo tiene una buena dentadura, que una comida muy buena si la dentadura es mala. Los dientes en general, los incisivos, caninos y molares deben conservarse en una integridad tal, que puedan perfectamente destruir, triturar y moler todo aquello que constituye el bolo alimenticio, para que este entre en el organismo perfectamente preparado.

La boca del hombre constituye la síntesis de todos los aparatos dentarios de los mamíferos sin llegar á los caninos de los

carniceros, pero con vestigios bastante manifiestos; sin llegar á los molares de los rumiantes ni á los incisivos de los roedores, pero reuniendo todos los elementos para ser omnívoro, vegetariano y carnicero. Desde el momento que los dientes están enfermos por descuidos debidos á enfermedades ó por enfermedades debidas á descuidos, multitud de alimentos, no encontrando en la boca elementos suficientes para una preparación necesaria, pasan tal como entran, sin pagar el adeudo de consumos en la boca, determinando una cantidad menor de aprovechamiento, no asimilándose todo lo que se come, porque no se puede calcular por la cantidad ingerida, sino por la cantidad aprovechada. Conservando los dientes aseguramos la masticación y masticando bien el aprovechamiento total de los alimentos y por consiguiente, una mayor nutrición y un elemento de defensa. Tuberculoso que coma, tuberculoso que se defiende. Hay muchos individuos que no pueden comer bien porque su sistema dentario es defectuoso, pero hay muchos individuos que no saben comer y es un problema enseñar á comer á los niños, á hacerles jugar constantemente los dos lados de la boca y vosotros sabéis mejor que yo, que hay pocos individuos que coman por los dos lados. Yo he observado que son muchos los individuos que comen solo por un lado, defecto de educación que les hace zurdos de los dientes y que establece un desequilibrio en la articulación de la boca, una diferencia entre la potencia y la resistencia que dificulta la masticación y hace desigual el efecto triturante de los molares, resultando una nutrición más deficiente por la mala preparación de los alimentos.

Otro aspecto de gran importancia desde el que podemos considerar la boca como órgano de difusión de la tuberculosis, es el que se refiere á la expulsión de las materias segregadas por la misma. No dudará nadie que el microbio de la tuberculosis es parasitario, que se encuentra en el esputo y que la guerra al esputo es la guerra á la tuberculosis. Por la boca se espectora, y los individuos tuberculosos arrojan con cada esputo una siembra de una cosecha que ya la quisieran para sí tan en sazón muchos labradores.

Aspecto también muy importante de la boca es la higiene individual y social de la misma. No hay derecho á ofender á nadie con la palabra; se pueden tener todas las luchas sin ofender al que no piensa como nosotros, pero no se debe de ofender

á nadie con el aliento. En algunos códigos, y en el nuestro ha existido y se considera como causa de divorcio el mal aliento de la boca. La boca debe estar siempre limpia. ¿Y cómo? Conservando perfecta la dentadura. Además, una boca no se cierra bien mientras no conserve perfecta su dentadura. En una boca que no cierra bien, el aire no encuentra resistencia ninguna y entra como el aire colado por puerta mal cerrada, arrastrando con mayor velocidad que la normal los microbios y las partículas de polvo que en él flotan y que pasan al aparato respiratorio, con lo que tenemos otro aspecto importantísimo en la profilaxis de la tuberculosis.

También la boca tiene una importancia extraordinaria desde el punto de vista de la higiene de la tuberculosis. Entre los órganos que más limpieza requieren, hay tres que deben conservarse siempre en una integridad absoluta. Las manos, la boca y las narices son los tres órganos que mayor limpieza exigen. No importa para nada exagerarla, lo que importa es limpiar bien y he de decir con toda franqueza que la boca suele no saberse limpiar. Se cree que la boca puede limpiársela uno mismo y esto no es verdad. Es necesario ponerse en manos de una persona competente y no cuidarse solamente de la blancura de los dientes y de su brillantez, sino de limpiar bien todas las sinuosidades. No bastan los colutorios ordinarios ni los cepillos generalmente usados. Yo he visto muchísimas caries dentarias determinadas por el abuso, ó mejor dicho, por el mal uso de cepillos fuertes que descarnan la encía. Por otra parte, toda acidez ó toda alcalinidad en la boca tienden á la destrucción de la misma. En mi opinión, la boca debe de ser neutra; una buena boca debe de ser neutra. Los ácidos y las sales determinan la desaparición de esos órganos tan hermosos y tan necesarios.

En la boca deben también tenerse presentes los cambios de temperatura. No es indiferente que los colutorios sean fríos ó calientes. Podrán ser unos ú otros más ó menos cómodos, pero la higiene no busca sino lo útil. Conviene guiarse para esto por la temperatura humana, por la temperatura media del cuerpo. Si esta se altera, ya en más ya en menos, la boca se destempla. El término medio oscila entre los 36 y los 39 grados, diferencia que se puede comprobar fácilmente por medio de un termómetro.

Otro asunto digno de estudiar perfectamente son los coluto-

rios como medios de evitar esos procesos patógenos de la tuberculosis. Soy enemigo de los remedios secretos, soy enemigo de las panaceas y por lo tanto de los colutorios que sirven para todo. La fórmula del doctor tal ó cual que se hace para un caso concreto no puede servir para todos, y resulta un problema difícil de estudiar en la profilaxis de la boca el problema de los colutorios.

Difícil es también el referente á la distribución de los alimentos en cada comida, así como es transcendental en el cuidado de la boca el de las hemorragias. La boca que tiene una defensa tan grande y resistente en el tejido conjuntivo, al abrirse una puerta de salida á la sangre se abre una puerta de entrada á toda la flora microbiana que sólo aguarda el momento de la invasión.

También puede abrirse una puerta á la invasión de los agentes patógenos al inyectar cualquiera de los anestésicos usados por medio de la jeringa de Pravaz.

Los esfuerzos que algunos hacen con los músculos de la masticación para partir, por ejemplo, huesos de fruta, convirtiendo los dientes en quebranta huesos, pueden dar lugar á su caída más tarde ó más temprano y acarrear la tuberculosis.

Tiene también bastante importancia la tuberculosis de la boca. Hoy que la odontología se ha elevado á la altura de una ciencia, no puede dispensársele al dentista no saber hacer una investigación microbiológica y de este modo puede hacer un diagnóstico más exacto y tiene la posibilidad de atacar una tuberculosis local de la boca y evitar que pase más tarde al pulmón. Es necesario fundamentar el diagnóstico porque un error en el mismo puede probablemente, practicando la cirugía conservadora, aconsejar el conservar un diente en perjuicio del individuo, cuando quizás la caries de aquel diente exigía la práctica de la cirugía dentaria intervencionista. Es necesario fundamentar el diagnóstico para afirmar ó negar la tuberculosis de aquella caries dentaria. Yo considero esto de grandísima importancia en la cirugía dental. No basta, señores, conservar; muchas veces es necesario intervenir, y ustedes pueden y deben practicar esta cirugía intervencionista, por que además de odontólogos son cirujanos dentistas, llegando así, si es preciso, hasta la resección parcial del maxilar.

dado que es preciso tener con un paciente después de la avulsión de un diente, al tratamiento ulterior que es preciso seguir después de una extracción. Yo creo que no se ha parado bastante la atención en que el dentista al hacer la extracción de un diente ó de una muela produce una herida amplia que en contacto con el polvo y los microorganismos que flotan en el aire puede infectarse. Yo entiendo que es de una transcendencia suma en la cirugía dental el evitar esto, el evitar la entrada en el organismo de esos agentes patógenos que vienen del exterior.

Asunto también de mucha importancia es el referente á la vigilancia de la dentición en los niños que no puede dejarse al capricho ó dirección maternales. Los abscesitos dependientes de un dientecito mal implantado que á veces arranca la madre cariñosamente con una sedita, confiándose en ocasiones esta operación á la persona menos perita, han sido el punto de partida de una serie de lesiones fácilmente tuberculosas que pudiéramos llamar la tuberculosis infantil de la boca, es decir, la boca sirviendo de puerta de entrada á la invasión de una tuberculosis.

La profilaxis de la tuberculosis en el oído, guarda á veces una íntima relación con la tuberculosis de la boca y tiene más importancia que en esta. Uno de los conductos por donde el aire penetra en el oido es la boca. Otro asunto es la dificultad de alimentación en aquellos individuos de dientes descuidados, descuidos que pueden traer en pos de sí ulceraciones en la lengua cuyo diagnóstico es muy difícil. Raro será el dedicado á esta rama de la cirugía que no haya sido consultado acerca de esas lesiones en la lengua como consecuencia de otra lesión en la encía ó en un diente, y yo tengo la completa seguridad, dada vuestra ilustración, que raro será el que haya dudado, aunque desgraciadamente el que acierta siempre, por regla general suele no acertar nunca.

La tuberculosis de la lengua pocas veces es primitiva, casi siempre es secundaria.

La lengua podemos considerarla como centinela avanzado, encargado por medio del gusto de rechazar á veces hasta los venenos, fenómeno que se observa en los animales que lo ejercitan instintivamente, separando lo útil de lo dañino. En el hombre, la lengua tiene tres altísimas funciones: como aparato del gusto, como aparato de fonación y como aparato de deglución; pero la principal de todas, en mi opinión, es la de servir de ser-

tinela avanzado de esa enfermedad que cuesta 48.000 víctimas en España. La defensa individual de la tuberculosis se encuentra en la boca. Tal es la importancia que la doy. Y si hace falta una higiene de la boca de fuera á dentro, hace más falta una higiene de la boca de dentro á fuera para ser defensiva.

Por la palabra, la boca habrá llevado á nuestros oídos todas las ideas necesarias para pensar que la tuberculosis es enfermedad curable; por la boca de los que no escuchan estos consejos, salen la multitud de microbios que van sembrando esa muerte lenta y ese enemigo oculto; por la boca entran todos los alimentos que han de dar resistencia al organismo, y si nosotros conservamos nuestra arcada dentaria si la cuidamos perfectamente, veremos que se puede decir que los casos de longevidad estriban en gran parte en la conservación de la dentadura.

Si mi voz pudiera llegar á los Poderes públicos, trataría de conseguir la creación de una carrera muy importante que se llamaría cirugía dentaria, en la cual entrarán conocimientos extensísimos, no ya de cirugía, sino de higiene para conservar íntegra la boca.

No he de hablar de la importancia de esta especialidad por los grandes dolores dentarios. Cuando se compara el dolor en la escala de su intensidad, el primer grado corresponde al dolor del trigémino que pertenece á vuestra especialidad.

Ajeno á estas consideraciones, es la pérdida de la belleza con la pérdida de la dentadura, en cuya consideración no he de detenerme como tampoco en otras extrañas al objeto de esta conferencia.

La importancia de la boca estriba principalmente en ser la puerta de entrada de los microbios en nuestro organismo, y mi objeto al ocupar este sitio y molestar vuestra atención esta noche, ha sido poner de relieve la importancia de la higiene de la boca en la profilaxis de la tuberculosis ante esta Sociedad, á la cual me ofrezco desde esta noche para difundir estos conocimientos.

LEGISLACIÓN

Indice cronológico de legislación dental (1)

(Continuación.)

25 Octubre... 1889.—(Folleto intrusismo).—Condena por falta de título en medicina.

9 Abril..... 1890.—(*Gaceta* 1.º Mayo).—El ejercicio de la medicina sin título no es falta administrativa desde el Código de 1870, sino de delito en todo caso, sometido á la privativa competencia de los tribunales ordinarios.

1.º Mayo..... 1890.—(*Gaceta* del 8).—En la regla octava determina la época de examen de los cirujanos dentistas, tribunales para ello y derechos de examen.

4 Marzo.... 1891.—(*Gaceta* del 5).—Deslinde de atribuciones del Gobernador y Tribunales para represión del intrusismo. Al primero corresponde castigar las desobediencias, á los segundos el ejercicio ilegal de las profesiones.

11 Abril..... 1891.—(*Gaceta* del 16).=Confirmando la multa impuesta por el Gobernador á un herrero por desobediencia á sus órdenes de que no se dedicara al herraje por carecer de título, y disponiendo poner el intruso á disposición de los tribunales.

11 Diciembre. 1891.—Resolución de la Direccion general de contribuciones directas, declarando que los alquileres de toda clase de establecimientos sujetos á contribución industrial ó exceptuados de ella por su fin benéfico, no deben contribuir para los efectos del impuesto de cédulas personales.

7 Junio..... 1894.—(Odontología, 1894, pág. 289).—Pago de derechos respecto á dentistas extranjeros para que sea igual al que satisfacen los españoles.

25 Junio..... 1894.—(Odontología, 1894, pág. 236).—Decreto de la Delegación de Hacienda de Madrid, acordando que la base reguladora para el impuesto de cédulas á los dentistas es la tarifa primera sobre contribución y no la segunda relativa á alquileres.

10 Octubre... 1894.—(*Gaceta* del 12, reproducida en la de 6 Diciembre 1900).—Los gobernadores harán cumplir á los subdelegados, con su deber de evitar el intrusismo en todo arte de curar, incluso el de dentista.

12 Marzo.... 1896.—(*Gaceta* del 15).—Deroga la R. O. 7 Junio 1894 en lo que se refiere á pago de derechos de los médicos extranjeros, quedando empero en vigor respecto á lo que legisla para las otras carreras.

28 Mayo..... 1896.—(*Gacetas* del 31 Mayo al 6 de Junio).—Reglamento para la contribución industrial. La tarifa cuarta señala la correspondiente á los dentistas que no sean médicos. En el capítulo IV se dispone la agremiación.

30 Octubre... 1896.—(*Gaceta* 21 Enero 1897, pág. 50).—Declara que el practicante que ejerce la medicina y formula recetas, incurre en falta comprendida en el art. 591 del Código Penal, de cuya sanción no le libra la circunstancia de sancionarlas *á posteriori* un médico.

16 Mayo..... 1898.—(*Gaceta* del 27).—Que los gobernadores no se hallan autorizados para castigar las intrusiones por que esto corresponde á los tribunales, y para que dichas autoridades puedan castigar el hecho como desobediencia, es requisito necesario el previo requerimiento.

26 Diciembre. 1899.—(*Gaceta* del 27).—Ley autorizando modificaciones en los aranceles de aduanas.

28 Diciembre. 1899.—(*Gaceta* del 30).—Real Decreto.—Aprobando nuevos aranceles de aduanas.

26 Enero,.... 1900.—(Folleto sobre intrusismo).—Circular de la Dirección de Sanidad á los Gobernadores para que exciten el celo de los subdelegados de medicina á fin de que denuncien á los tribunales los casos de intrusismo en la profesión dental.

2 Diciembre. 1900.—(*Gaceta* del 6).—Dispone se excite el celo de los subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria, para que denuncien las infracciones y que las persigan los gobernadores.

18 Marzo.... 1901.—(Odontología, 1901, pág. 419).—Circular de la Dirección General de Aduanas disponiendo que varios aparatos de dentista (vulcanizadora con termómetro, torno de gabinete, sillones de hierro articulados), se hallan entre los comprendidos en la partida 294 del Arancel, ó sean de ciencias y artes, satisfaciendo 2 pesetas ó 2,50 pesetas por kilo, según procedan ó no de país convenido.

21 Marzo..... 1901.—(*Gaceta* 14 Abril).—Creando en Madrid las cátedras de Odontología y Prótesis dentaria, señalando las condiciones necesarias para matricularse y dictando reglas sobre exámenes de asignaturas y título.

27 Abril..... 1901.—(Odontología, 1901, pág. 147).—Estableciendo las condiciones económicas de las nuevas cátedras de Odontología y Prótesis.

2 Agosto.... 1901.—(*Gaceta* del 7. Odontología, 1901, pág, 347).—Para la aplicación de la R. O. 21 Marzo de este año: Se

suprimen los exámenes por el antiguo régimen. Se nombra á D. Florestán Aguilar y D. Manuel Cuzzani para desempeñar interinamente, y sin gratificación, las cátedras de Odontología y Prótesis dental.

Se consignan 1.500 pesetas para gastos de material.

23 Agosto.... 1901.—(*Gaceta* del 28. Odontología, 1901, pág. 418).—Dispone que los derechos de inscripción, matrícula, académicos y de examen, que satisfagan los alumnos de las cátedras suplementarias de Odontología y Prótesis dentaria, sean los mismos que los correspondientes á los de Facultad de Medicina.

5 Octubre.. 1901.—(Odontologia, 1901, pág. 566).—Aclarando la circular de 18 Marzo 1901 en el sentido siguiente:

Los sillones y taburetes adeudan por la partida 33 del Arancel.

Los instrumentos y aparatos usados directamente para operaciones quirúrgicas, se aforan por la partida 294, como para ciencias propiamente dichas.

Los demás artefactos para construcción de piezas dentarias, se reputan comprendidos en las partidas de maquinaria industrial;

25 Octubre.. 1901.—(*Gaceta* del 31. Odontología, 1901, pág. 519).—Aclara que los practicantes cuyo título sea posterior á 6 Octubre 1877, no pueden ejercer la profesión del dentista.

4 Febrero.. 1902.—(*Gaceta* del 16. Odontología, 1902, pág. 81.—Sobre provisión de cátedras de nueva creación en lo que afecta á Odontología. (R. O.)

31 Mayo..... 1902.—(*Gaceta* 1.º Junio. Odontología, 1902, pág. 329).—Real Decreto.—Concesión de títulos gratuitos aplicables á los dentistas.

5 Junio .... 1902.—(*Gaceta* 11 Junio. Odontología, 1902, pág. 329). Real Orden.—Para la aplicación del Real Decreto inserto en la *Gaceta* del 1.º sobre expedición de títulos gratuitos (incluso cirujanos dentistas ú odontólogos.

5 Junio..... 1902.—(*Gaceta* del 21. Odontología, 1902, pág. 465).—Que los efectos de la R. O. 6 Febrero 1869 sobre validez de títulos expedidos en Portugal, sólo beneficia á los súbditos portugueses, pero no á los españoles.

7 Noviembre 1902.—(*Gaceta* 7 Noviembre. Odontología, 1902, pág. 605). Queda en suspenso la aplicación del Real Decreto 6 Febrero 1869; anula las autorizaciones concedidas con carácter ilimitado para ejercer los extranjeros; la incorporación de estudios y habilitación de profesiones se hará conforme al art. 96 de la

INTERESES PROFESIONALES

LA CAMPAÑA CONTRA EL INTRUSISMO

por A. LOPEZ ALONSO

La prensa médica extranjera de estos últimos días nos ofrece una nueva nota sobre la eterna lucha que los profesionales de todos los países vienen sosteniendo contra la intrusión que en las profesiones médicas va tomando aspecto de una verdadera plaga.

Hartos sin duda los franceses de emplear toda clase de medios para contrarrestar la invasión de charlatanes, y descorazonados por lo visto al considerar que por la lenidad de las leyes en estos asuntos, estas son insuficientes hasta hoy al menos, para poner un dique á estos males, han ideado la celebración de un Congreso para la persecución del intrusismo, como medio sin duda de ver si de un extenso cambio de ideas y opiniones brota la luz y se da con el remedio.

La idea ha muy poco nacida, en breves días ha tomado cuerpo, y la celebración de dicho Congreso parece ser ya un hecho. Se verificará en París dentro del año que corre y estará dedicado á perseguir la intrusión de la Medicina y la Farmacia, según las últimas noticias, que como más arriba decimos, nos proporcionan las revistas profesionales últimamente recibidas.

Ahora bien: ¿Será nacional ó internacional? La palabra *Medicina* ¿es tomada aquí en su aspecto concreto ó abarca todas las profesiones médicas?

Puntos son estos que por ahora no resuelven esas noticias avanzadas echadas á volar y que creemos son de verdadera importancia para que todo el mundo sepa á que atenerse.

La inclusión de la palabra *Farmacia* parece en cierto modo excluir y dejar en el mayor desamparo á esas profesiones sanitarias que como la nuestra sufren cual ninguna otra ese terrible azote que se trata de evitar, y sería verdaderamente peregrino que, prescindiendo ahora de cierta clase de consideraciones, el Estado llamado en último término á decir la última palabra, persiguiera de manera distinta al intruso en uno de los títulos que él concede, que al intruso en otro.

Conjeturas son estas, nada más, fundadas en esa vaguedad de datos que hasta el presente el asunto nos ofrece y que un

formal programa y serias bases confirmará ó desvanecerá en breve. Por otra parte, si el tal Congreso tiene carácter nacional tampoco podemos hacer mucho hincapié en estas manifestaciones, por no poder inmiscuirnos en asuntos ajenos como en los de la casa propia.

Este, que constituye el otro aspecto de la cuestión, quitará desde luego mucho interés para nosotros si el Congreso tiene dicho carácter. pero no tanto que ni siquiera nos permita lamentar que en la progresiva nación vecina, se haga el deslinde de campos entre dos profesiones, que por ser madre é hija, constituyen una sola familia. Si tal sucediera, conocemos de sobra los entusiasmos é inteligencia de muchos queridos compañeros que van á la cabeza de la profesión odontológica de Francia y que trabajarán seguramente para ocupar el puesto que les corresponde.

Si no fuera internacional tal asamblea, siempre tendría también para nosotros algo util. Todos sabemos nuestro amor á lo extranjero y el afán por imitar todo lo que de fuera viene y de seguro no tardaríamos aquí en ensayar también esa imitación, que puede que diera algún fruto. El esfuerzo unánime de la gran familia médica española, por lo numeroso al menos, tendría que ser atendido por el Estado y puede que produjera medidas de mayor eficacia que las puestas en práctica hasta el presente, que poco á poco fueran desterrando esa calamidad común por lo visto á muchos países.

*
* *

El intrusismo combatido por filantropía

por ALEJANDRO PITA SEOANE

II

De lo expuesto á grandes rasgos en mi artículo anterior, se deducen dos principales consideraciones:

1.ª La de que el intrusismo puede combatirse inspirándose en miras altrusistas mejor que por cualquier otro medio.

2.ª Que para conseguirlo, es condición precisa é indispensable poner nuestros servicios profesionales al alcance de los pobres.

Para demostrar la verdad que encierran ambas afirmaciones, basta fijarse en el solo hecho de que la clase pobre es la

que por falta de recursos tiene por verdadera necesidad que entregarse al barbero ó al charlatán que bien ó mal les libra al fin y al cabo de una dolencia. ¿Y como ha de pretenderse que recurra al dentista, si sabe que por cualquier operación ó consulta le van á exigir lo que no puede pagar? Esto unido á desconocer los peligros á que se expone, contribuye á que la intrusión que ejercen esos practicantes y que se extiende algo más que á la clase pobre, puesto que alcanza á muchos ignorantes, sea imposible de desterrar mientras no se ataque el problema en su aspecto económico. Diríjanse á esto nuestros esfuerzos, pongámonos en condición de lucha, estableciendo en precios una competencia tan seria como digna y se verá entonces como los pobres y aun el público ignorante, dan la preferencia al dentista, en quien reconocen hoy su superioridad, pero de la que por desgracia para ellos no pueden aprovecharse, aun lamentándolo mucho.

Esto es evidente; más como algunos pudieran suponer, no por la intención, sino por falta de medios para hacerme comprender, que yo pretendo con mi proposición una indigna rebaja de precio ó algo en fin, que pudiera contribuir á nuestro desprestigio, me conviene hacer constar y así gustoso lo consigno, que no admito ni pueden admitirse otras concesiones en este sentido, que aquellas que redunden exclusivamente en beneficio del pobre, siempre que se persiga un fin benéfico y humanitario, cual es, prestar asistencia facultativa al desheredado, sin provecho alguno individual, sino en todo caso colectivo.

La creación de *Clínicas especiales para pobres,* que proponía, poco ó ningún sacrificio puede suponer, puesto que todos, ó la mayoría, contamos con instrumental suficiente para atenderla, muchos cuentan con dos ó más gabinetes y en todo caso con un sillón más ó menos apropiado y una escupidera, bastaría á satisfacer la mayor parte de las intervenciones. En cuanto á su funcionamiento sería siempre compatible, dedicando solamente ciertas y limitadas horas ó desempeñándolas en muchos casos los ayudantes.

Pudiera argüirse que estas clínicas estarían mejor instaladas en los Hospitales, y sin que yo me atreva á negarlo en absoluto, sostengo que son más fáciles de crear y atender anejas á nuestro gabinete, aparte de los inconvenientes que en esos centros encontraríamos para establecerlas.

De este modo, ejerciendo la caridad, á la vez que prestaríamos un señalado servicio á la humanidad, la libraríamos insensiblemente de las garras de ese intrusismo, que resistiéndose hasta ahora á cuantas leyes han tratado de oponérsele, sucumbiría merced á una obra filantrópica digna de enaltecernos y de que sea acogida favorablemente bajo el sencillo lema de *Caridad para el pobre y guerra al intrusismo.*

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Sección de Odontologia y Estomatologia

DÍA 29 DE ABRIL

CUARTA REUNIÓN DE LA SECCIÓN

SALA B

Bajo la presidencia del *Dr. Harlan* se abre la sesión á las nueve de la mañana, dando principio la lectura de comunicaciones por la titulada:

Reparación de dientes de espiga montados sobre oro sin extraer la espiga

por el Dr. Seigle (Bordeaux).

Si existe un trabajo desagradable á causa de sus consecuencias. este es incontestablemente, el de la reparación de un diente de espiga cuya porcelana se haya roto y cuya armadura, estando sólidamente fijada con el cemento á la raiz por la espiga, obligue á que sea completamente destruída y rota en pedazos dicha armadura para poder hacer un nuevo diente.

Frecuentemente es necesaria una atención y habilidad extraordinaria para no perforar la raiz en sus partes laterales al pretender quitar la espiga, existiendo también el peligro de que aquella sea destruída en la operación.

Para disminuir en parte esta gran dificultad es por lo que he creído conveniente hacer esta comunicación con los medios de reparación que voy á describir y que pueden ser empleados en la mayoría de los casos, exceptuando solamente aquellos en que la articulación deje muy poco espacio.

Bastará que dirijais la vista sobre este trabajo que tengo el honor de exponeros, para que os podais dar cuenta exacta de los medios empleados para su ejecución.

Es necesario, al construir un diente de espiga, prever la re-

paración posible, y para emplear éste de que os hablo, es necesario que al soldar el diente á su espiga se haga un talón en oro con la soldadura, tan alto como lo permita la articulación, porque como vereis, este talón de oro constituye la clave de la reparación.

Veamos ahora cuales son los dientes susceptibles de ser reemplazados por dientes de espiga á los cuales la articulación permitirá construir este talón de oro; estos son casi siempre los bicúspides y los caninos superiores, y generalmente todos los dientes de la mandíbula inferior, hasta lós grandes molares. Sólo los incisivos superiores no siempre pueden ser comprendidos aquí. Sin embargo, estos dientes podrán entrar en la categoría de los reparables por este sistema, siempre que la articulación un poco elevada pueda consentir el talón de oro.

Como veis la medida es casi general y no me resta más que describir el método de la reparación.

Estando el diente roto, es necesario desembarazar la montura de los restos de porcelana que podían todavía encontrarse; después, con ayuda de fresas cilíndricas ó de pequeñas piedras montadas sobre el torno levantar la contraplaca y los pernos de platino del diente roto, no dejando más que el talón de soldadura, al que se puede conformar con ayuda de limas de separar, de fresas cilíndricas ó de piedras, dándole una forma un poco cuadrangular, alrededor del cual se ajusta una banda de oro de 22 quilates, cuyas extremidades se unirán por la soldadura á la contraplaca del nuevo diente que previamente debe haberse ajustado.

La maniobra operatoria es muy sencilla, porque esta banda de oro, rozando suavemente sobre el talón, será fácil de levantar unida al diente por medio de un poco de cera dura y soldar el todo enseguida en un bloque de escayola.

Para terminar la operación, no queda más que fijar con cemento un poco líquido la banda de oro á su talón, dando esto por resultado una reparación sólida y evitando lo fastidioso del caso señalado al comienzo de mi comunicación. Dientes restaurados de la manera descripta llevan varios años en la boca en varios clientes míos sin el menor contratiempo.

Discusión.

Dr. Kelsey.—Apruebo mucho este sistema; yo lo he estado poniendo en práctica en dientes naturales con buen éxito.

Dr. Heddy.—Deseo hacer constar primeramente, que á mi juicio la forma en que este diente está moldeado resulta algo rara. No tenemos costumbre de hacer dientes como esos. El Dr. Seigle dice que puede darle á la corona una forma rectangular; se me figura que generalmente las personas que hacen coronas no las hacen de oro macizo, y sería muy difícil dar esa forma á una corona que no fuese de oro macizo.

Dr. Kelsey.—No se trata de una corona, sino de una compostura.

Dr. Heddy.—Los dentintas en general no tenemos costumbre de hacer coronas de oro macizo, las hacemos huecas con el frente de porcelana.

Si se rompe sería difícil componer una corona de esa forma, si se lima, enseguida se llegará al cemento, y para laterales y centrales no dejamos que el oro sobresalga tanto por encima de la encía como se vé aquí. Además, cuando se lime *la cara posterior* se llegará á la superficie hueca y quedará al descubierto el perno.

Dr. Robinson.—Entiendo que la manera del Dr. Seigle de componer dientes es muy ingeniosa y vence muchas de las dificultades con que tropezamos.

Sólo critico que use cemento, porque la saliva, creo yo, actuaría sobre el cemento y lo desmoronaría muy pronto. Yo recomendaría el uso de una mezcla de 1/3 de amalgama y 1/3 de cemento que haría una pasta pegajosa, casi negra, mucho más pegajosa que el cemento y daría mucho mejor resultado.

Dr. Kelsey.—Estoy de acuerdo con lo manifestado por el Dr. Robinson, pero le aconsejaría que se fijase un poco al aconsejar el uso de la amalgama, pues la amalgama de cemento contiene mercurio que atacará á la banda de oro, haciéndolo quebradizo muy pronto.

Dr. Mitchell.—No estoy conforme. La amalgama rápida de cobre no ataca al oro.

Dr. Robinson.—Puedo confirmar lo manifestado por el doctor Mitchell, la amalgama de cobre no causará perjuicio al oro; yo he empleado amalgama y mezcla de cemento sin tocar esos resultados.

Dr. Seigle.—Contestando al Dr. Heddy, debo decir que no se trata de una corona, sino únicamente de una compostura; yo

no hago un diente así cuando lo hago nuevo, pero sí lo compongo en esa forma cuando se ha roto.

Doy las gracias al Dr. Robinson por su enhorabuena y haré la prueba con el método que ha indicado, pero me temo que la amalgama ataque al oro; sin embargo, cuando lo haya ensayado estaré en condiciones de poder contestarle.

Con referencia á fijarlo con cemento, he notado que dura mucho, y si la acción de la saliva lo destruye se reduce á volver á hacer nuevamente la compostura al cabo de algunos años, y seguramente se evita el perjuicio de tener que sacar la espiga del diente roto, operación muy fastidiosa y molesta, y como todos sabéis, es muy fácil al limar perforar las partes laterales de las raíces. Supónganse que el diente se rompe por segunda vez, el componerlo es mucho más sencillo; la dificultad y duración de la reparación consiste principalmente en darle esta forma rectangular.

Consideraciones generales sobre la prótesis restauratriz del maxilar superior.

Presentación de un nuevo aparato

por el Dr. A. Pont. (Lyon).

La prótesis inmediata del maxilar superior, al contrario de lo que sucede con la del maxilar inferior, parece estar mucho más abandonada por los que se dedican á esta clase de trabajos. Sin duda, no es seguramente porque la construcción de estos aparatos sea más difícil, sino porque parece que los resultados obtenidos son, por decirlo así, insignificantes. En efecto, en los casos de resección del maxilar inferior no acompañada de prótesis inmediata, sobrevienen deformidades algunas veces muy extendidas y difíciles de corregir, mientras que en los casos de resección del maxilar superior que hemos podido observar en estos últimos años, las deformaciones son bastante poco pronunciadas y en todos los casos fácilmente evitadas por medio de la prótesis inmediata.

Para el maxilar inferior es preferible, siempre que sea posible y no existan contraindicaciones, colocar el aparato protésico inmediatamente después de la operación; es conveniente proceder como aconseja nuestro excelente compañero el Dr. Martín de Lyon, y es á nuestro juicio el aparato de este autor el que más ventajas presenta.

En el maxilar superior, el aparato puede ser colocado sin inconveniente en los siete ú ocho días que siguen á la operación, á condición de hacer cada día un taponamiento con gasa esterilizada.

No describiremos aquí los diversos aparatos que han sido inventados para la prótesis del maxilar superior. El aparato que voy á presentaros y á describir, no tiene la pretensión de ser superior á los otros ni de reemplazarlos; sin embargo, como nos ha prestado excelentes servicios en diversos casos y como su construcción es muy sencilla, he creído útil el darlo á conocer.

Este aparato se compone de una placa palatina en caucho duro vulcanizado que soporta los dientes artificiales y que en su totalidad presenta el aspecto de una dentadura ordinaria. Esta placa lleva una especie de bolsa en caucho blando, adaptada lo mejor posible según la forma del maxilar ó de la porción separada. Un tubo en oro incrustado en la placa dura, hace comunicar esta cavidad con el exterior. La extremidad interna del tubo es obturada por una válvula en caucho y la extremidad exterior por un vástago que soporta uno de los dientes del aparato.

Cuando el paciente quiere colocarse su aparato no tiene más que echar el aire de esa especie de bolsa que, aplastándose fácilmente, deja el aparato con un espesor no mayor que el de una dentadura ordinaria. Una vez colocado el aparato, el paciente, por medio de una pequeña bomba ó de una pera de aire, da entrada á este á la cavidad de caucho blando que se hincha y queda muy dura. Repito que este aparato no tiene la pretensión de reemplazar los otros de este género, pero creo, sin embargo, que en ciertos casos ha de presentar positivas ventajas.

Hemos tenido ocasión de construirlo para dos enfermos á los cuales se les había practicado la resección; al uno, de todo un maxilar superior, y al otro de una gran parte del mismo hueso. En ambos casos fué perfectamente tolerado. La retencion era perfecta no obstante el pequeño número y tamaño de ganchos colocados sobre los dientes sanos.

Otra de las ventajas de este aparato es su ligereza, bastante apreciable por el que tengo el honor de mostraros, que apenas pesa 25 gramos. No obstante esta ligereza, se obtiene por la dilatación de la bolsa susodicha una resistencia bastante grande que

puede compararse á la que pueda presentar cualquier otro aparato.

Esta resistencia es suficiente para impedir la formación de cicatrices viciosas y las deformaciones de la cara. En el caso que esto último se produzca, como ocurre frecuentemente, por ejemplo, en el caso de que exista cierta tirantez por la resistencia cicatricial que tira del párpado inferior, este aparato nos prestará un verdadero servicio.

Si se notara que la presión de esta bolsa es insuficiente, se podrá proceder para remediarlo, de dos maneras diferentes, sea aumentando su volumen sobre la parte que se trata de contener, sea simplemente disminuyendo el espesor del caucho en esta misma parte. Por este último medio, se producirá, cuando el paciente inyecte el aire en su aparato, una especie de hernia que comprimirá los tejidos retraídos.

En resumen, este aparato á nuestro juicio, presenta las ventajas siguientes: facilidad suma de construcción; medio bastante poderoso de contención; ligereza, resistencia y tratamiento posible de cicatrices viciosas.

Las llamadas estomatitis mercuriales

Por D. L. Subirana (Madrid).

Resumen.—La afección bucal conocida hasta hoy por estomatitis mercurial, no se presenta solamente á los que están sujetos á un tratamiento mercurial, á los sifilíticos, por ejemplo, sino también á todos los obreros que tienen que manejar este metal.

Siendo, sin embargo, la sífilis la enfermedad que más indirectamente es la causa de la misma, es conveniente que el dentista conozca el mecanismo de la infección sifilítica, sus síntomas y sus diversos tratamientos.

Hasta ha poco se creyó que sólo el mercurio era la causa de los fenómenos morbosos de la gingivitis mercurial. Pero no hay tal. El mercurio introducido en el organismo se elimina en gran cantidad por las glándulas buco-salivales, modifica el medio bucal, altera la composición química de la saliva, irrita la mucosa, debilita la acción defensora de los leucocitos y pone á la cavidad en general en un estado de receptibilidad mórbida, y los síntomas precursores, que sólo se creyeron hijos de las cua-

lidades tóxicas del mercurio eliminado, no son más que una *infección séptica* más ó menos intensa, según el estado general y la boca de que se trate.

Puede corroborar esta idea la ausencia de esta estomatitis en los viejos, en los niños sin dientes y en los que observan una escrupulosa higiene bucal.

El mercurio, pues, sólo es un agente provocador de la estomatitis, no el agente directamente patógeno; éste está sólo y exclusivamente en el polimicrobismo bucal, y en consecuencia, la enfermedad es infecciosa, solamente de origen séptico.

Por esta razón es absurdo pedir la suspensión del mercurio en el tratamiento de los sifilíticos ó el trabajo en los obreros. Es un problema de desinfección bucal, de rigurosa higiene, de limpieza, en suma.

En los síntomas subjetivos no faltan el ptialismo, el sabor metálico, el calor en la boca y el aliento caliente.

Los síntomas objetivos son irregulares: si la boca en la cual se elimina el mercurio es higiénica, sólo presentará simples eritemas, si está sucia y descuidada, podrá llegar hasta presentar síntomas de gangrena.

El tratamiento debe ser profiláctico, es decir, muchísima limpieza bucal en los que han de tomar ó trabajar con mercurio.

El tan preconizado clorato de potasa, cuando ya se es víctima de la estomatitis, es de impropia, ó por lo menos nula, aplicación.

Debe hacerse una escrupulosísima limpieza del sarro y de los espacios interdentales; con una jeringa de mucha fuerza lavar con antisépticos todos los rincones; extracción de todas las raíces; obturación de las cavidades; destrucción de todos los focos infecciosos; recetar antisépticos, encargando tres limpiezas al día; ver cada ocho días al que está bajo una cura mercurial y descongestionar las encías con yodo.

Prohibir el uso del tabaco y de las comidas picantes.

Conclusiones.—1.° Debe desaparecer del cuadro de la patología la frase «Estomatitis mercurial».

2.° Existen sólo y exclusivamente dos clases de estomatitis, la específica y la séptica. La que he desarrollado pertenece á la segunda clase.

3.° El mercurio rompe ó altera el equilibrio bucal.

4.° El verdadero agente etiológico es el polimicrobismo bucal.

5.° Ningún médico debe aplicar el mercurio sin antes mandar el cliente al dentista, participándole que va á sujetársele á una medicación hidrargírica; y

6.° Ningún sifilítico y obrero que emplee el mercurio debe dejarse de limpiar la boca y cada medio año ir á casa del dentista á consultarle.

Un caso de reabsorción del alvéolo durante el período de calcificación de los incisivos

por D. R. Pons (Barcelona).

Presentóse en mi clínica un niño de seis años de edad. de buena constitución y sin antecedentes morbosos de ninguna clase. Su familia me manifestó que desde hacía algún tiempo el niño se quejaba de algunos dolores, muy ligeros según el mismo tierno paciente, y que de vez en cuando se le hinchaba el labio superior.

Examinada la boca, ví que existía una caries profunda en ambos incisivos centrales y que la pared anterior del alvéolo del diente de leche y del incisivo central permanente del lado izquierdo había desaparecido por completo. La encía, abierta también en el sitio donde debía existir el alvéolo, daba nacimiento á numerosos mamelones que recubrían en parte el diente permanente, semi-calcificado. En el hueco dejado por los tejidos desaparecidos, se veía el incisivo permanente con la corona y cuello calcificados, si bien imperfectamente, y la raiz estaba solamente formada en su totalidad por la papila dentaria dejada también en descubierto. La corona de este diente es de un volumen bastante grande y afecta la forma de un semicírculo, con el borde cortante dirigido hacia abajo y atrás. Como sólo se sostenía por la cara posterior y algo por las laterales y borde inferior, el diente estaba muy movedizo. El dolor que acusaba el niño era debido, á mi entender, por la pulpa dental puesta al descubierto, no siendo los dolores intolerables como en la pulpitis por no estar encerrada aún en el estuche óseo que más tarde forma la raiz. Además del diente permanente existían también los de leche con las raíces de los dos centrales completamente al descubierto. Tratando de indagar la causa de tama-

ño caso clínico, pregunté á su familia si el niño había tenido abscesos alveolares como me hacía sospechar el estado de sus dientes de leche, siéndome negado en redondo que el pequeñuelo hubiera tenido hinchazón ninguna hasta que apareció la masa blanca del diente permanente. Tuve que admitir entonces que éste evolucionó de atrás adelante y abajo, reabsorbiendo la pared anterior del alvéolo. El modelo y el diente extraído, facilitarán á esta ilustre sección la mejor compresión del caso.

¿Qué conducta debía seguir en vista de lo reseñado? Intentar la conservación del diente permanente por medio de una rigurosa antisepsia de la parte fué mi primera intención, pero calculando que, dada la forma curva de la corona y la ausencia de la anterior pared del alvéolo, sería probable que hubiera evolucionado dirigiendo su borde inferior hacia atrás y siendo su consolidación bastante problemática opté por la extracción, que fué efectuada con un simple excavador.

EL CONGRESO DE SAN LUIS

LAS CLÍNICAS

Dos medios días han sido destinados por el Comité de organización para dedicarlos exclusivamente á demostraciones clínicas en el IV Congreso Dental Internacional de San Luis.

Probablemente ninguna otra parte del Congreso revestirá más interés general que las demostraciones clínicas que abarcarán los últimos adelantos en operatoria y prótésis, por los mejores operadores de todas las partes del mundo.

El espacio designado para demostraciones clínicas en el edificio del Coliseo donde se celebrará el Congreso, es de lo más ideal para el efecto. Se colocarán cien sillones de operaciones en una galería alumbrada espléndidamente y dispuestos en forma tal, que todos puedan presenciar sin dificultad alguna las operaciones ó demostraciones que desee.

Las demostraciones hasta ahora señaladas, no son solamente numerosas é interesantes, sino que además son cosmopolitas.

El Comité encargado de demostraciones clínicas, va completando su trabajo rápidamente con objeto de que sean atendidos todos los detalles de *confort,* tanto para los operadores

como para los observadores cuando se verifique el Congreso.

Los que deseen explicar clínicas ó demostraciones en operatoria, deben solicitarlo seguidamente dirigiéndose al Dr. J. P. Gray, Presidente del Comité de clínicas, calle North Spruce, núm. 212, Nashville Tenn, á fin de que se le reserve el correspondiente sitio y puedan prestársele las facilidades consiguientes.

SOCIEDAD DENTAL AMERICANA DE EUROPA

En los primeros días del pasado Abril, tuvo lugar en la ciudad de Hamburgo la XXXI reunión de la Sociedad Dental Americana de Europa.

Entre los trabajos más salientes que se presentaron, citaremos los que están á la orden del día en esta clase de reuniones; los referentes á obturaciones de porcelana. Sol re este particular leyó el Dr. Day un trabajo titulado «Preparación de ciertas cavidades para bloques de porcelana», con presentación de dientes en los que mostró su sistema, encaminado principalmente á que el bloque ofrezca gran seguridad y no se caiga fácilmente.

El Dr. Hirschfeld presentó un trabajo sobre «Los fracasos en las obturaciones de porcelana», en el que después de ennumerar las causas que á su juicio los producen, se mostró partidario decidido del sistema Dall que todos conocemos, y dió minuciosos detalles sobre preparación de las cavidades y otros extremos no menos importantes, condenando sobre todo el hacer grandes restauraciones por este procedimiento.

El Dr. Spring leyó su trabajo titulado «Medio puente con porcelana de alta fusión», presentando un modelo con el puente confeccionado en el cual no utiliza los dientes fabricados, sino que los conforma con la porcelana fundida.

No podía faltar en esta serie algún trabajo del Dr. Jenkins, principal preconizador hoy de esta clase de obturaciones, y en efecto, presentó uno sobre «Prótesis de porcelana», acompañado de modelos de platino y porcelana, empleando la de su fabricación. Dados los profundos estudios que sobre este particular ha efectuado, claro es que su disertación había de despertar gran interés.

Pasando á otro orden de cosas, mencionaremos la Memoria

del Dr. Rosenthal, de Bruselas, sobre el «Oxígeno líquido en terapéutica dental», del cual dice que según su experiencia los resultados son eficacísimos, citando al efecto algunos casos tales como el de erupción difícil de una cordal inferior acompañada de los fenómenos comunes, en el cual una sola aplicación del oxígeno produjo inmediata mejoría.

El Dr. Cunningham demostró con dibujos en el encerado ciertos principios de estabilidad y fuerza de los puentes, haciendo gala de los conocimientos que posee, bien conocidos de nosotros que más de una vez le hemos contado como concurrente á las reuniones que se han celebrado en nuestro país.

El Dr. Mitchell disertó sobre la importancia de la prótesis y por lo tanto encareció el importante papel del mecánico, considerando incompleto al dentista que desdeña esta parte de la profesión encomendando esta tarea en absoluto á otra persona.

El Dr. Mc. Bride disertó sobre el tema «Los modernos procedimientos en ortodoncia», sosteniendo las mismas teorías que Angle sobre la articulación y ciertos procedimientos y mostrándose disconforme con otros de este autor referentes á las planchas de base en caucho en las que establece modificaciones.

Por último, nuestro director Sr. Aguilar leyó un trabajo sobre «La nervocidina y su uso en odontología», sobre el cual no insistimos puesto que á su tiempo y cuando trató este mismo asunto en nuestra Sociedad Odontológica, lo hicimos con la detención que merece y con los elogios, sobre todo al interés que despierta por constituir una verdadera novedad científica en nuestra profesión.

Como siempre en estas ocasiones, estos trabajos científicos fueron acompañados de banquetes espléndidos, giras deliciosas y toda clase de fiestas que distraen el ánimo y que comparten el tiempo con la parte útil de estas asambleas, siempre interesantes por el común aporte de conocimientos y por la fraternidad profesional que reina.

Fractura del maxilar inferior producida por una tentativa de extracción del tercer molar inferior derecho, por M. J. H. Badcock. (Del *B. J. of dental Science.)*

La paciente, mujer de edad mediana, delicada, muy nerviosa, que en estos últimos tiempos me había consultado varias veces en casos de recididivas de inflamación de la encía en la región correspondiente á la cordal inferior derecha, que sin ser muy intensas, bastaban sin embargo á determinar grandes molestias á la enferma. El diente en cuestión, muy destruído, sólo dejaba ver al exterior una pequeña porción de la superficie disto-bucal, próximamente de tres milímetros de diámetro. Faltaban los dos molares anteriores y yo siempre consideré la extracción de este caso como operación muy difícil y que pudiera ser de cierta gravedad en una persona de su temperamento.

En Enero de 1902, la paciente volvió á verme quejándose de las mismas molestias y resuelta á que estas desapareciesen por medio de la extracción á la que accedí, no sin antes advertir que probablemente sería muy difícil y que no podía responder del éxito. En previsión de una operación loboriosa que pudiera ser seguida de accidentes serios, aconsejé á la enferma, que vivía en el campo, se viniera á instalarse en Londres en una casa de salud durante uno ó dos días. Así lo convinimos como también que la acompañara su médico para asistir á la operación.

El 29 de Junio, en presencia del Dr. Fitzgerald y de M. Henry Davis que administró el protóxido de ázoe, procedí á extraer el diente. Traté de introducir la lámina del elevador entre el diente y el alvéolo, y como no pudiera, no dudé en sacrificar una pequeña parte del proceso alveolar. Hice un movimiento de báscula con mucho cuidado y sosteniendo la mandíbula con la otra mano empleé una fuerza bastante considerable, cuando sentí ceder alguna cosa que pensé fuera el desplazamiento del

diente que se elevaba recubierto aún del tejido gingival; más abierto éste con un bisturí, pude apreciar con desagradable sorpresa que la mandíbula había sido fracturada.

Con la ayuda de los doctores citados colocamos un apósito para reducir la fractura y todo fué bien en lo corcerniente á ella, pero los sufrimientos se agravaron mucho y la enferma insistía para que hiciese una segunda tentativa de extracción. Yo quería esperar el mayor tiempo posible con el fin de que se produjera una buena consolidación, y hacia mediados de Marzo juzgué prudente comenzar de nuevo. Una radiografía tomada por M. Shenton demostró que la fractura se extendía horizontalmente á partir del borde inferior del molar cordal hasta el ángulo del maxilar.

Se decidió que el diente se extrajera sobre todas las dificultades que pudiera ofrecer, y al efecto, la enferma entró en una casa de salud y yo reclamé la asistencia de un cirujano, M. Steward, para que pudiese intervenir en el caso de que la operación fuese más allá de los límites calculados.

El 22 de Marzo, después de haber aplicado M. Davis una anestesia conveniente, hice mi segunda tentativa. El diente estaba más visible que la primera vez, y con un instrumento curvo pude extraerlo con la mayor facilidad. El dolor disminuyó inmediatamente, y aunque algún tiempo persistió una ligerísima neuralgia, bien pronto desapareció para no presentarse más.

Unicamente ha quedado cierta insensibilidad en toda la región animada por el nervio dentario inferior y un ligero entorpecimiento de la parte afectada.

*
* *

Oclusión viciosa de los dientes, debida á la succión de la lengua, por T. G. Rix. (Del *Dental Register.)*

En Mayo del año 1903 examiné la boca de un niño de ocho años y cuatro meses. Encontré dos arcadas bien formadas, mas en el lado derecho existía una oclusión interna de los dientes superiores que se extendía hasta el canino temporal. No me explicaba la causa de esta anomalía, cuando la madre del niño terminó por hablarme de una costumbre que este tenía desde sus primeros años, la cual probablemente constituía la explicación del fenómeno. Desde antes de la erupción de sus dientes de leche, cuando el niño estaba acostado, tenía la costumbre de

coger la manta de lana de la cama y de frotar un pliegue entre los dedos de la mano derecha, y al mismo tiempo no dejaba de colocar su lengua contra el carrillo derecho, verificando cierto desplazamiento del maxilar inferior hacia el mismo lado y haciendo una ligera succión. La presión elástica de la lengua llevada sobre los dientes en vía de erupción era suficiente para determinar la anomalía en cuestión. La madre, no viendo ningún mal en esta manía, no intentó corregirla.

Puse un pequeño aparato para corregir la oclusión viciosa del primer molar permanente, y yo espero que los otros dientes permanentes verificarán su erupción en relación normal con los dientes inferiores.

*
* *

Un método de «coiffage» de la pulpa, por el Dr. Robin.—(De *La Revue de Stomatologie).*

Las opiniones difieren todavía sobre el más apropiado tratamiento de las pulpas expuestas, lo cual es debido seguramente á la falta de método y de costumbre.

Todo lo que se halle en contacto inmediato con la pulpa, debe de ser no irritante, no absorbente, no destructible y mal conductor.

He aquí el método preconizado por el Dr. Owens en el *Ohio Dental Journal.* El autor no intenta esta operación más que en las pulpas en buen estado, es decir, aquellas que no están congestionadas ni hay exudación de ninguna especie y según sea la superficie de extensión de la pulpa. En estas condiciones, Owens ha hecho en veinte años el *coiffage* de 1.675 pulpas, habiendo tenido 30 fracasos, ó sea 2 por 100. Puede, sin embargo, elevarse á un 5 por 100 teniendo en cuenta los clientes que no han sido vistos después. La preparación de la cavidad, aunque dolorosa, puede llevarse á cabo con éxito gracias á la creosota que insensibiliza y deseca la dentina.

El *coiffage* preconizado por el autor, consiste en colocar directamente sobre la pulpa un fragmento de hoja de estaño del número 8 de tamaño conveniente, extendiendo por encima una solución de cloropercha (solución de gutapercha en cloroformo), recubriéndolo todo después con un cemento de oxicloruro de zinc. La irritación producida por esta substancia no dura más

que mientras se endurece y se seca, una vez verificado lo cual toda molestia desaparece.

*
* *

Ración alimenticia.—(De la *Revista Médica de Sevilla.)*

Un sabio americano, O. Otwater, con una paciencia inimitable y con datos de tanta valía como numerosos, establece como cantidad de alimentación, tomando como ***unidad*** un adulto de peso y corpulencia medios y dedicado á un trabajo moderado la siguiente:

Hombre con trabajo moderado.....	1
» » intenso.....	1'2
» » muy moderado.....	0'9
Niño de 15 á 16 años	
Hombre en reposo, sedentario.....	0'8
Mujer » »	
Niñas de 13 á 14 años.....	
Niñas de 15 á 16 años.....	
Mujeres que trabajan moderadamente.....	0'7
Niños de 12 años.....	
Niñas de 13 á 14 años.....	
Niños de 6 á 9 años.....	0'5

*
* *

Trigenina.—(De *La Clínica Moderna.)*

La trigenina es una combinación de hidrato de butilcloral y del piramidón.

Es una substancia cristalizada en largas agujas blancas, fusible á 85°. Su olor es característico, su sabor dulce. Se disuelve fácilmente en el agua.

Su acción analgésica y sedante es mucho más intensa que la del hidrato de butilcloral.

Es específico en el tratamiento de la cefalea y de las neuralgias faciales y dentales.

No ejerce ninguna influencia perjudicial sobre el corazón y la circulación á las dosis terapéuticas. No determina molestia ni irritación del estómago.

Posología.—0,50 gr. á 1 gr. y aún 2 gr. para los adultos, por día. Sin embargo, las dosis 0,60 gr. á 0,75 gr., una ó dos veces por día, son las mejores.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 29 de Abril de 1904.

Bajo la presidencia del Sr. Aguilar y con asistencia de los señores, Sánchez, Subirana, López Alonso, Tirso Pérez, Sánchez (D. José), López (D. Ricardo), Luna, Alberdi, Salces, Porras, Pérez (D. Vicente), García Megías, Brito, Rodríguez, García Olalla, Martínez Vargas, López Pujalte, Mon y Romero, abrióse la sesión á las diez de la noche.

El Secretario de actas Sr. López Alonso, dió lectura á la de la sesión anterior, siendo aprobada.

Se aprueba igualmente la propuesta de socio corresponsal que hacen los Sres. Aguilar y Pérez (D. Tirso) á favor de don Casiano Fernández Campos, de Jaen, y se concede la palabra al Dr D. Luciano Barajas, encargado de dar una conferencia sobre el tema: «Signos diagnósticos degenerativos del velo palatino».

El *Dr. Barajas* comienza por dirigir frases galantes á la Sociedad y á sus individuos, y comienza su disertación haciendo una descripción anatómica de la región de que va á ocuparse y de las diferentes formas que presenta la bóveda palatina, de las cuales tiene dibujos hechos en el encerado. Se ocupa igualmente de las distintas afecciones que se reflejan fielmente en la mucosa palatina y de los signos que ofrece también el sistema dentario, tales como el diente de Hutchinson y otras anomalías. Considera las encías como punto de importancia, como signo de diagnóstico de enfermedades generales del organismo, cuyas manifestaciones describe, y se detiene muy particularmente sobre la descripción de algunas formas de la bóveda palatina que constituyen verdaderos signos de trastornos mentales. Termina ofreciendo su más entusiasta concurso á la Sociedad, haciendo grandes ofrecimientos y alabando grandemente la meritoria labor de entidad tan ilustrada.

No entramos en más detalles, toda vez que pensamos publicar en nuestras páginas íntegra la interesante disertación del Dr. Barajas, que al terminar oyó grandes aplausos de la concurrencia.

El *Sr. Aguilar* levantóse á continuación para dar las gracias al disertante en nombre de la Sociedad, ponderando el erudito trabajo expuesto ante ella y haciendo elocuentes y acertadísimas manifestaciones sobre la conveniencia de que, puestos en relación el elemento médico y el odontológico, pudiera llegarse al perfeccionamiento del individuo degenerado mediante la eficaz ayuda de la ortodoncia dentaria que tantos prodigios ha llevado á cabo en estos últimos tiempos.

El *Dr. Barajas* levantóse de nuevo para dar las gracias al Sr. Aguilar por sus corteses palabras, para felicitarle por los conocimientos demostrados en su brillante peroración y para contestar á alguno de sus puntos, con el que sólo en parte se mostró conforme.

Entre los aplausos de los concurrentes se levantó la sesión á las once y media.

Sesión clínica del 20 de Mayo de 1904.

Se abrió á las diez con asistencia de los Sres. Sánchez, Subirana, López Alonso, Losada, Salces, Martínez Vargas, García Megías, Brito, Rodríguez, López (D. Ricardo), Sánchez (don José), Pérez (D. Vicente), Pérez (D. Tirso) y Sanz. Presidió el Sr. Aguilar.

Encargado el Sr. Subirana de dar la sesión clínica, presentó un caso de irregularidad de los incisivos superiores bastante pronunciado y corregido por él en tres meses escasos con éxito indiscutible, puesto que al mismo tiempo que los modelos y aparatos, presentó fotografías del caso, y después éste mismo que es un muchacho de unos quince años que fué detenidamente examinado por los concurrentes. Todos pudieron apreciar que los dichos incisivos ocupaban sus puestos normales, y el autor de la corrección fué muy felicitado.

Abierta discusión, el Sr. Losada hizo una detenida crítica, fundamentada en que lo primero á que se debe atender en estos casos es á la articulación más que á la estética, articulación que en el presente no veía perfecta ni mucho menos. Condenó también con gran energía el procedimiento de extraer dientes para corregir estas irregularidades.

D. Tirso Pérez pronunció algunas palabras considerando muy difíciles y de gran mérito esta clase de trabajos, y felicitando al Sr. Subirana por el éxito obtenido en el presentado.

El *Sr. Aguilar* hace una crítica concienzuda del caso presentado por el Sr. Subirana, en el que alaba el resultado obtenido en tres meses, lo cual considera como un triunfo aunque está en parte conforme con las teorías sustentadas por el señor Losada. Se extiende en largas consideraciones sobre la imposibilidad de hacer muchas veces, dados los clientes, lo que una estrecha conciencia profesional dicta, y termina llamando la atención sobre el aparato de retención que lleva el paciente que considera muy bien pensado y muy bien construído, calificándolo de admirable.

El *Sr. Subirana* da las gracias á los Sres. Aguilar y Pérez por sus palabras, y contesta al Sr. Losada explicando y defendiendo su proceder y manera de hacer en este caso.

El *Sr. Losada* rectifica brevemente apoyando sus teorías y se pasa á la segunda parte de la sesión, en la que el mismo conferenciante hace una nueva demostración práctica sobre la manera de sustituir el caucho en una pieza que se haya aflojado en la boca sin toma de nueva impresión y simplificando grandemente el trabajo.

Consiste el procedimiento en colocar en la boca la pieza aflojada con gutapercha en su superficie en contacto con la mucosa para que el nuevo estado de ésta quede copiado en aquella. Se hace un molde de la pieza y se pone en coquilla, y una vez endurecido el yeso se abre ésta y se saca el bloque de este material con la pieza del aro de la coquilla y se rompe dicho bloque en varios pedazos para sacar la pieza. Se arman estos en su sitio ya sin la pieza y queda por lo tanto su vacío que es el que ocupará el nuevo caucho. Se desmontan los dientes de lo que pudiéramos llamar pieza vieja, se van colocando en sus huellas respectivas y se carga de la manera ordinaria, continuándose como de costumbre la operación que todavía presenta una ventaja, la de que dado el pulimento que la pieza vieja ha dejado en la escayola; la nueva sale hasta con brillo de la vulcanización según asegura el autor del procedimiento.

A continuación, el Sr. Pérez (D. Tirso) enseñó un procedimiento suyo con este fin y con el de poder reproducir varias piezas con un solo modelo, y discutieron los Sres. Sánchez y Aguilar los sistemas presentados por los Sres. Subirana y Pérez, levantándose la sesión á las doce y media. Resultó muy interesante.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE VIZCAYA

Atentamente invitado por el Sr. Palacios, un grupo de la Odontológica de Vizcaya compuesto de los Sres. Blasco, Larrazabal, Edwards, Gorostiaga y el que estas líneas escribe, fueron el día 8 del corriente á la bonita villa de Durango donde tiene su residencia, atendiendo á su galante invitación, cumpliendo un deber de compañerismo y con el carácter de visita profesional.

La casa del Sr. Palacios es una verdadera exposición de trabajos protésicos en todos los cuales se ve un sello característico; algunos han sido premiados en los concursos presentados, siendo el metal su especialidad.

En su biblioteca abundan las obras de metalurgia.

Haré una ligera reseña de los trabajos más salientes.

Una dentadura completa con coraza exterior de niquel de milímetro y medio de grueso el caucho y metal, de espesor enteramente uniforme y con una presión de oro de sistema y forma original.

Otra dentadura en esqueleto en la que se ven los dientes soldados á la placa y todo el mecanismo de la anterior.

Media dentadura en caucho con los dientes respaldados en oro, con la forma natural del talón del diente y una presión en oro de otra forma, también muy original.

Media dentadura completa inferior en aleación de plata, estaño y zinc, fundida sobre los mismos dientes que ajusta exactamente al molde.

Varias placas superiores é inferiores de plata fina sin ninguna liga, hecha por el sistema de fundición en vez de ser troqueladas.

Cajas de fundición, muflas y prensa originales.

Una porción de troqueles de acero para troquelar espaldares.

Banda-espaldares troqueladas.

Dentadura completa ó armadura de dientes soldados entre sí aplicable para fundir dentaduras de aluminio, sin que los dientes puedan variar de posición por la contracción considerable que se opera en este metal y que son también muy útiles para tomar una articulación exacta en la misma sesión en que se toma la medida.

Troqueles diversos en metal fusible hechos por sensillísimo y rápido procedimiento.

Diente á pivot por un procedimiento especial, fácil para hacerlo con un diente plano en breve tiempo.

Media dentadura completa troquelada en aluminio sin paladar con bordes doblados formando pestañas, la cual sujeta fuertemente el caucho y una placa también troquelada por el mismo sistema.

El Sr. Palacios como un verdadero profesor de protesis, explicó la técnica de sus diversos y originales procedimientos; el simpático é ilustrado Secretario de la Odontológica de Vizcaya, Sr. Larrazabal, amplió estas explicaciones recordando los procedimientos clásicos empleados en trabajos análogos en la Escuela Dental de Filadelfia, el Sr. Blasco hizo atinadas observaciones acerca de las dificultades que hay que vencer para la ejecución de algunos aparatos, el Sr. Edwards hizo comparaciones con algunos trabajos suyos que constituyen su especialidad y el Sr. Gorostiaga, conforme con todos, alabó los trabajos presentados, tanto por su utilidad como por su valor artístico; y siento por la premura del tiempo y la distracción del momento, no haber tomado notas más extensas que hubiesen hecho sumamente interesante este breve bosquejo, pero si el Sr. Palacios me lo permite, daré en otra ocasión cuenta más detallada de algunos de sus procedimientos.

D. Manuel Palacios obsequió á sus huéspedes con una espléndida comida, en la que no faltó el Champagne, cuyo vino dió lugar á improvisados y entusiastas brindis, á todos los cuales contestó el Sr. Palacios, brindando por la Odontología y la unión y compañerismo de todos sus miembros.

UNIÓN DENTAL ESPAÑOLA

En la noche del 16 del corriente tuvo lugar con una solemne sesión, el acto de inaugurar la Exposición dental que ha organizado este año la Unión Dental Española.

El acto se vió muy concurrido y fueron invitadas muchas personalidades de la profesión, que le dieron mayor brillo con su asistencia. Usaron de la palabra para dar cuenta de los trabajos, individuos del Jurado y de la Comisión organizadora, y los presidentes de la Sociedad que nos ocupa y de la Unión Escolar.

Fueron también galantemente invitados á tomar parte en el acto los Sres. Portuondo (D. Ramón), Tirso Pérez y López Alonso, que tuvieron frases de encomio para la agrupación por lo que representa en el progreso profesional, á la cual dirigieron muchas felicitaciones.

Todos oyeron aplausos y al terminar se examinaron los trabajos presentados, en mucho mayor número que en la anterior exposición y muy estimables por su esmerada confección.

Por último, y siguiendo esta corporación la galante costumbre de obsequiar con esplendidez á la concurrencia, lo hizo así con dulces y jerez.

*
* *

Para dar cuenta del fallo del Jurado y verificar la clausura de la exposición, celebró también sesión esta Sociedad el 23 del corriente bajo la presidencia del Dr. Gallardo.

El Sr. Pérez Cano, como secretario, dirigió un saludo á los señores asistentes agenos á la Unión Dental é hizo resaltar una vez más los trabajos de esta corporación en pro de los adelantos profesionales.

A continuación hicieron uso de la palabra el presidente de la Unión Escolar, el de la Sección Sr. Antón y el Sr. Serrano como presidente del Jurado. En nombre de éste, dijo que se había tomado el acuerdo de adjudicar los premios de los productos químicos presentados, en la sesión inaugural del próximo curso, en vista de que no había tiempo material de hacer los ensayos y análisis que dichos productos requieren.

Procedióse á la adjudicación de premios en la siguiente forma:

En lo referente á las Memorias científicas, el primer premio se dió á la Memoria del Sr. Pérez Cano sobre «El síncope en las operaciones dentales»; el segundo al Sr. Barba por la suya sobre «Sujeción de aparatos protésicos por ajustes metálicos», y el tercero á un trabajo de los Sres. Pérez Cano y García y García.

En los trabajos de prótesis se llevaron el primero y segundo premio los Sres. Antón y Herrero respectivamente.

Las Memorias premiadas fueron leídas por sus autores, á los que se tributaron entusiastas aplausos.

Cerró la sesión el presidente Dr. Gallardo con un bien pen-

sado discurso encaminado á dar alientos en sus trabajos á los individuos que componen esta corporación para que no desmayen en su entusiasmos tan probados hasta aquí.

Sentimos que la falta material de espacio nos impida dar cuenta más detallada de esta sesión, que tuvo caracteres de verdadera solemnidad para la entidad de que nos ocupamos.

COMUNICADO

Sr. Director de La Odontología:

Muy señor mío: Como refutación al comunicado publicado el mes anterior en su Revista, espero se digne publicar esta contestación.

Como réplica á la argumentación del comunicante, diré que las *notas subrayadas* las deja incontestadas, siendo ellas *alma* y *verbo* de esta cuestión por haber sido publicadas *uno* y *dos* años antes que la tésis del Sr. Díaz.

Dice haber cotejado estos trabajos y afirma que el del señor Díaz se publicó *tres* años antes. Este señor confunde lastimosamente, *aunque con piadosa intención*, mi trabajo ó notas con la fecha de la publicación de mi libro.

A nadie se oculta que la preparación de materiales para la confección de un libro, por malo que este sea, es cosa de muchos años, y todos sabéis que estos materiales se publicaban en *El Progreso Dental* con anterioridad al libro.

A la negativa de haber sido suscriptor á mi revista y *manifestación* de que *nunca tuvo tan mal pensamiento*, alego lo siguiente: 1.°, que el ser redactor de una revista no impide ser suscriptor de otra; 2.°, que los canjes son propiedad de la revista y no de los redactores; y tercero. que en la lista de suscriptores á *El Progreso Dental* figuraba en aquel tiempo el señor Carrasquilla como tal. Ahora bien, como esta lista de por sí sola no constituye documento pleno por haberse *traspapelado* con los años dos cartas suyas á las que no dí entonces importancia, me concreto hoy á recordarle aquel adagio español de que en cuanto á valer «tanto monta Isabel como Fernando».

Pero se me ocurre preguntar, ¿habrá alguien que dude el hecho de que el redactor ó redactores (no figuraba más que uno) de los *Anales de la Sociedad dental de Bogotá*, revista que se publicó por primera vez en Agosto de 1894, *tuviera el mal pensamiento* de pedir el canje de *El Progreso dental?*

Creo que no; y *aunque le pese*, en esta ocasión tuvo el señor Carrasquilla ese *mal pensamiento*, excusando manifestar que «quien hace un cesto hace ciento»; y encárgole que en lo sucesivo adopte otro argumento de más valía que el de la *peptoma-*

nía, si no desea que le adjudique aquel aforismo de Cicerón con que encabezaba mi comunicado anterior.

Con este enojoso motivo tengo el placer de reiterarme de usted afectísimo y seguro servidor q. b. s. m.

Zaragoza, 8 Mayo 1904. MARIANO RIVA.

II CONGRESO MÉDICO LATINO AMERICANO

SECCIÓN DE ODONTOLOGÍA

Como anunciamos en uno de nuestros números anteriores, en la primera quincena del próximo pasado Abril tuvo lugar en la capital de la República Argentina el II Congreso Médico latino-americano, en el que, según datos que tenemos á la vista, la concurrencia ha sido muy numerosa, como asimismo los trabajos presentados.

La sección octava estaba dedicada á nuestra especialidad, en la cual fueron leídas diez comunicaciones en el transcurso de las cinco sesiones celebradas. Las demostraciones prácticas fueron trece, siendo de notar que esta ha sido la única sección del Congreso en la que se han hecho trabajos de esta índole.

Los votos formulados correspondientes á nuestra sección, que en Asamblea plena han sido aprobados por el II Congreso Médico latino-americano, son los siguientes:

«El II Congreso Médico latino-americano hace votos por que en todos los países latino-americanos se establezcan Asociaciones profesionales de dentistas.»

«El II Congreso Médico latino-americano declara de positiva utilidad el servicio odontológico en el ejército y formula votos por que se establezca en todos los países latino-americanos.»

En la reunión de clausura, la Comisión directiva del Congreso, con asistencia de los delegados extranjeros y de los adherentes, resolvió que el III Congreso Médico latino-americano se celebre en Montevideo dentro de dos años como plazo mínimo y de tres como máximo.

DE ÚLTIMA HORA

SOBRE EL XV CONGRESO MÉDICO DE LISBOA

Cerrado ya el presente número, llegan á nosotros noticias sobre la fecha, reglamento y demás detalles del XV Congreso Internacional de Medicina que se celebrará en Lisboa del 19

al 26 de Abril de 1906, y sin perjuicio de tratar el asunto más despacio, sólo diremos por hoy á nuestros lectores que no hay *Sección de Odontología* en dicho Congreso. Figura únicamente la estomatología en la Sección XII juntamente con la laringología, rinología y otología haciéndose saber clara y explícitamente que únicamente los médicos tendrán derecho á figurar en ella.

Nos abstenemos por el momento de todo comentario, limitándonos á dar una noticia que seguramente producirá general estupefacción como la que á nosotros nos ha producido.

BIBLIOGRAFÍA

Anatomía de la boca y de los dientes en 25 lecciones, por el Dr. G. Rolland, Director de la Escuela Dental de Burdeos, 1904, París.—Doin. Editeur, 8, Place de l'Odeon.—Para el público latino tienen indiscutible importancia las producciones literarias de Francia por lo generalizada que está en este pais la lengua francesa. Mientras son escasos los dentistas que en España y los pueblos sud-americanos saben inglés, pocos serán los que desconozcan el francés ó al menos no puedan traducirlo lo suficiente para leer con provecho libros profesionales cuyo tecnicismo es tan similar en todos los idiomas del mismo origen.

En tanto que nuestra profesión es muy rica en obras escritas en inglés, son escasas las escritas en francés al alcance por tanto de nuestro público profesional y de ellas pocas tienen mérito didáctico.

Por estas razones tenemos que ver siempre con interés cualquier contribución importante á nuestra literatura que aparezca en la vecina Francia, y por ello también nos congratulamos cuando llega á nuestras manos un libro del mérito del que ha publicado el Dr. Rolland.

Bien pronto se ve al hojear sus páginas que su autor está dedicado á la enseñanza, y que en sus tareas ha comprendido la importancia de conducir el objeto de su estudio en forma clara y concisa, dividiendolo en lecciones ó «dosis» bien calculadas para facilitar á los alumnos su comprensión y estudio.

El libro de Rolland, más que una obra de consulta, está escrito para estudiantes; en él nos reproduce palabra por palabra y en la forma escolar que él emplea, 25 lecciones dadas á sus alumnos de odontología.

Las 20 primeras se ocupan de la anatomía de la boca, es decir, de toda la parte relacionada con la cavidad bucal, huesos, músculos, vasos y nervios, estudiándola principalmente por regiones.

Las últimas 8 lecciones se relacionan con la anatomía dentaria propiamente dicha, comprendiendo generalidades sobre los dientes, arcada dentaria, grupos dentarios, caracteres diferenciales de los dientes de un mismo grupo, extructura histológica del diente, tejidos blandos del diente, su desarrollo odontogenia y fisiología de la boca.

Este libro que su autor presenta con gran modestia sin atribuirse originalidad ninguna, tiene á nuestro entender como principal mérito, el método y la claridad de exposición empleados en esas 8 últimas lecciones.

El Dr. Rolland sigue el método de clasificación y la nomenclatura de Black, pero en sus descripciones es mucho más conciso que éste y que Amoedo en el tratado de anatomía de Poirier.

Con 159 grabados, muchos de ellos con representaciones esquemáticas originales del autor está ilustrado este libro, que recomendamos calurosamente á los que tengan que dedicarse á la enseñanza de alumnos de odontología.

RECETAS Y CONSEJOS

Odontalgia.—Una mezcla por partes iguales de hidrato de cloral y agua alcanforada es un anodino de gran valor cuando se aplica localmente en las odontalgias, saturando con la mezcla una pequeña cantidad de algodón y colocándolo en la cavidad; también es de mucha eficacia en las periodontitis aplicándolo en la encía sobre el diente afectado.—(C. R. BALDWIN, *Dental Summary.*)

Proporciones en la mezcla del agua y la escayola.—Para hacer una buena mezcla es necesario tomar cerca de 40 partes de agua y 55 de escayola. En el agua y antes de mezclar el yeso deben disolverse bien unos cinco gramos de sulfato de potasa. El yeso se va echando poco á poco mezclándolo á la vez hasta que tome una consistencia cremosa y no muy espesa y en esta disposición puede colocarse en la cubeta y proceder á tomar la impresión. Téngase cuidado de que no entre en la boca demasiado duro ó espeso, pues en este caso queda luego muy quebradizo y muy basto.—(*La Stomatología).*

Aplicación del cofferdam á los incisivos inferiores.—Atese previamente una ligadura alrededor de los dientes en los cuales vaya á colocarse la goma. Aplíquese entonces el cofferdam haciendo una segunda ligadura en la forma corriente. Esto evita el que la goma se salte por encima de la ligadura por la acción de la presión del labio inferior, porque el cofferdam queda sujeto entre las dos ligaduras. — (J. C. MONTGOMERY.)

Obturaciones de amalgama en cavidades aproximales. — Obtúrese una de las dos cavidades en la primera sesión y puliméntese en la segunda sesión antes de obturar la cavidad opuesta.—(DR. OTTOLENGUI, *International Dental Jonrnal.)*

Vulcanización.—En trabajos de vulcanización para fuerza y para evitar secreciones detrás de las secciones de las encías, vulcanícese durante tres horas, comezando á los 280° F. llegando hasta los 290° en la última media hora.—*(Werstem Dental Journal.)*

Toma de impresiones inferiores.—Al tomar una impresión inferior

con cualquier material y sobre todo con escayola, es muy conveniente invitar al paciente á que eche la lengua por encima de la cubeta, para evitar que con ella barra, por decirlo así, la escayola blanda, impidiendo de este modo que ésta baje lo suficiente para copiar bien las partes laterales internas de la boca. En algunas ocasiones es muy conveniente reforzar las partes laterales internas de la cubeta con cerco de cera para evitar también aquel inconveniente, permitiendo que la escayola baje bien.

Recubrimiento de la pulpa.—Con una parte de ácido bórico y dos de óxido de zinc mezclado con creosota, se forma una pasta blanda y cremosa que debe aplicarse á la parte expuesta de la pulpa con mucho cuidado, evitando la menor presión. El ácido bórico es un refrigerante, antiséptico permanente y eficaz antiflojístico; la creosota es un antiséptico difusible y germicida; el óxido de zinc es un estimulante mal conductor térmico.—(C. STANLEY SMITH, *Dental Summary.*)

Piorrea y gingivitis.—En casos de piorrea alveolar y gingivitis, recomiendo una irrigación de la boca con una jeringa de goma. Ejerciendo presión en la goma entre el pulgar y el índice, puede regularse la fuerza para expeler de los espacios intersticiales los detritus que no están adheridos al diente y toda la superficie de los dientes puede estar sometida á la acción de la irrigación, las encías, superficie bucal, la región sub-lingual, los dientes y aquellos puntos accesibles de las fauces. Naturalmente, la boca debe tenerse abierta para que el agua corra libremente á la escupidera de fuente.—(S. BLAIR LUCKIE, *International Dental Journal.)*

Método para la preparación de cavidades.— Primero, preparación de los bordes de la cavidad; segundo, separar la dentina reblandecida; tercero, dar forma conveniente á la cavidad; cuarto, preparar y dejar completamente lisos los bordes del esmalte y quinto, hacer la limpieza total de la cavidad.—(*Dental Pedagogics.)*

Pulpa al descubierto en dientes temporales.—Expuesta la pulpa en dientes de primera dentición, pueden salvarse con frecuencia simplemente recubriéndola con una mezcla de óxido de zinc y aceite de clavo ó eugenol.—(DR. WHEELER, *International Dental Journal.)*

Masage en la piorrea.—El dar masage en las encías suele estimular con frecuencia la circulación capilar, la carencia de la cual, es una de las causas principales de esta enfermedad. Con frecuencia encontramos la enfermedad tan adelantada, al extremo que los dientes están muy movidos.

Cuando el mal no está en un grado muy avanzado, he encontrado que la ligadura da resultados satisfactorios, aminorando el peligro de aumento de inflamación, pero cuando las encias se han aflojado hasta el punto de serles imposible sostener los dientes, dan buen resultado un número de bandas bien de oro ó de otro metal á propósito que ajusten fuertemente los cuellos de los dientes hasta cerca de sus bordes tritu-

aquellas en el mismo modelo y soldándolas en posición conveniente. volviéndolas á colocar haciendo uso del cemento si lo creo necesario, prosiguiendo entonces con el tratamiento apropiado.—(F. R. MAYER, *International Dental Journal.*)

Náuseas al tomar las impresiones.—La tendencia á las náuseas cuando se toma una impresión del paladar blando, sea con escayola ó con cualquier otro material, puede evitarse fácilmente con gargarismos de agua alcanforada ó embadurnando el sitio con una solución de cocaína, A veces basta cuando se emplea la escayola mezclada simplemente con agua muy fria y esta refrigeración de la parte produce una ligera anestesia suficiente para evitar tan molesto accidente, frecuente por demás en nuestra práctica.

HOJAS SUELTAS

Sobre el Congreso de Lisboa de 1906.—Recientemente se ha celebrado en el Decanato de nuestra Facultad de Medicina una reunión de varios profesores convocada por el Decano D. Julián Calleja para tratar de la constitución del Comité de propaganda que ha de estimular los trabajos y adhesiones de la clase medica española para el Congreso Internacional de Medicina que se ha de reunir en Lisboa en 1906. Después de usar de la palabra algunos de los señores reunidos, se convino en que se forme un Comité ejecutivo compuesto únicamente de los que fueron presidente, secretario general y tesorero del último Congreso de Madrid y que ellos nombren también los que crean más convenientes y señalen los trabajos que consideren más adecuados para realizar la propaganda.

Nueva Junta directiva.—El mes pasado se reunió la Sociedad Odontológica Malacitana en sesión extraordinaria para elección de nueva Junta directiva que quedó constituída del siguiente modo: Presidente, don Antonio Baca; Vocales, J. Lomeña y M. Martínez; Tesorero, J. Martín Cotilla; Interventor, F. Ponce; Secretario, E. de Mier.

A todos felicitamos muy cordialmente.

Graduado.—Ha practicado con brillantez los ejercicios de examen de Odontología en el vecino reino de Portugal D. Manuel Bernabeu Pita, hijo de nuestro querido compañero del Ferrol D. Francisco, á quien tuvimos el gusto de saludar en el último Congreso Médico de Madrid.

Felicitamos á ambos y deseamos al primero muchas prosperidades y éxitos en la carrera.

Más reuniones médicas.—La Conferencia internacional de la tuberculosis se celebrará en Copenhague del 27 al 29 de Mayo de 1904. En esta Conferencia se tratarán los asuntos siguientes:

1.° Informe del Comité administrativo.
2.° Fijación y límite del cometido de la Comisión internacional.
3.° Adhesión de nuevas asociaciones antituberculosas.

4.º Congreso de la tuberculosis.

5.º Informe de las Comisiones. Proposiciones de los señores:

a) Maragliano (cuestión de idiomas);

b) Hillier (prohibición de escupir);

c) Frankel (declaración obligatoria).

—El Congreso colonial francés de Higiene general y profilaxis internacional, se reunirá en París del 26 de Mayo al 6 de Junio bajo la presidencia del Dr. A. Charrin.

—La Sociedad Laringológica, Rinológica y Otológica Americana, celebrará su 10.ª reunión anual en Chicago el 30, 31 de Mayo y 1.º de Junio bajo la presidencia del Dr. Norval H. Piercé.

—La Asociación gastroenterológica Americana se reunirá en Haddon Hall, Atlantic City, M. J., el 6 y 7 de Junio. En esta reunión, la 7.ª que celebra dicha Sociedad, se tratará exclusivamente de la *úlcera gástrica* en sus diversos aspectos.

Concurso de premios de la Asociación de la Prensa Médica Española.—En la Secretaría general de la misma se han recibido siete Memorias que aspiran al premio para estudiantes anunciado por dicha Corporación sobre el tema «Medios que pueden ponerse en práctica por el Estado, Corporaciones ó particulares para auxiliar á los estudiantes pobres».

1.ª Lema: *X.* — 2.ª *Nadie vive como hombre sino aquel que sabe.* — 3.ª *Querer es poder* (—).—4.ª *Ars longa, vita brevis.*—5.ª *Cultura, cultura y cultura.*—6.ª *Feci, quod, potui.*—7.ª *Fraternidad y cultura.*

En breve se harán públicos los nombres de los autores de los trabajos premiados.

Por nombramiento de la Asociación, forman el Jurado el autor de la proposición creando el premio y designando el tema, Dr. Larra y Cerezo, y los Sres. Avilés por la prensa médica, Blas y Manada por la farmacéutica, Remartínez por la veterinaria y nuestro director Sr. Aguilar por la odontológica.

Fórmula de promesa para el grado de Cirujano Dentista en el Brasil.—En los *Archivos brasileños de odontología* encontramos esta fórmula de promesa que dicen los estudiantes de odontología en el acto de graduarse: «Prometo en el ejercicio de la profesión de cirujano-dentista, ser siempre fiel á los deberes de honor de ciencia y de caridad. Nunca me serviré de mi profesión para corromper las costumbres ni favorecer hechos criminosos».

Robo á un colega.—Nuestro compañero de Málaga D. Joaquín M. Cotilla ha sido víctima de un robo de bastante consideración.

Habiendo pasado un día festivo en el campo en compañía de su familia, se encontró á su regreso con la desagradable sorpresa de ver abierta la puerta de su casa y con señales evidentes de fractura. Registrados los muebles se notó la falta de mil pesetas en billetes del Banco de España, varias monedas de oro y algunas alhajas, calculándose el valor de lo robado en unas 3.000 pesetas.

Fueron detenidos la portera de la casa y un hijo suyo por recaer sos-

pechas, pero ignoramos á la hora presente si estas se han confirmado.

Muy de verdad lamentamos el percance sufrido por el Sr. Cotilla.

Visitas.—En estos días hemos recibido varias visitas de estimados compañeros nuestros que han pasado unos días entre nosotros. Entre ellos hemos saludado con el mayor gusto á D. Juan Nájera, de Valencia; á D. Wenceslao Alonso, de Lérida, y á D. José Miranda, de Córdoba.

Sociedad de Odontología francesa en el Canadá.—Bajo este título se ha fundado en Quebec una Sociedad en la que tienen entrada los dentistas que hablen la lengua francesa. Se ha nombrado presidente al Dr. Nolin y secretario é M. Eudoro Dubeau. Se celebrará una reunión mensual.

Los doctores americanos en Alemania.—En el imperio alemán se ha dictado una ley prohibiendo el uso del título de *doctor* á los dentistas americanos, y señalando la penalidad en que incurren.

Estudiante de setenta y tres años.—Está terminando en París la carrera de medicina un estudiante de setenta y tres años. Este estudiante que asiste asíduamente á las cátedras, maltratado por reveses de la vida busca un refugio en el ejercicio de esta profesión liberal. Interrumpió sus estudios científicos allá por el año de 1851.

Hospitales ambulantes.—En Rusia, á causa de la gran distancia que necesitan recorrer los trenes, se ha dotado á varios de ellos de un verdadero hospital quirúrgico ambulante. Consiste en un carruaje gigantesco que contiene: una sala de consultas y de curas, un cuarto de baños, una sala de baños alumbrada con ventanas rasgadas y dotada de todo lo necesario para las grandes operaciones; una farmacia que sirve de habitación al enfermero en jefe, una cámara para el cirujano, otra para el personal de enfermeros y otra para la calefacción. El vagón está iluminado por el acetileno. Los techos, las paredes y los suelos están tapizados de linoleum. El suelo de la sala de operaciones es de tierra cocida.

En todas partes cuecen habas.—Durante la noche del 29 al 30 de Enero de 1904, 1.509 hombres y 120 mujeres pasaron toda la noche en las calles de Londres por no tener donde guarecerse; 100 hombres y 63 mujeres durmieron en los quicios de las puertas, y 23.442 personas en los dormitorios económicos, lo cual significa que carecían de hogar. Es decir, que aquella noche hubo en Londres cosa de 25.000 personas sin casa, propia ó amiga, ni asilo que les recibiera. Y si esto les pasaba por la noche, no hay que decir lo que les pasaría en amaneciendo.

Un detalle.

De las 1.509 personas que estuvieron toda la noche á la intemperie, 54 eran niños menores de diez y seis años, y 33 niñas menores de catorce.

LA ODONTOLOGIA

Año XIII | Junio 1904 | Número 6.

LA ENSEÑANZA PREPARATORIA DEL ESTUDIANTE EN CIRUGÍA DENTAL

considerada como primer año de estudios en las escuelas dentales (1)

por el Dr. CH. GODON

He de comenzar por hacer constar mi agradecimiento á los miembros del Comité de organización de esta asamblea por el lugar preferente que han dedicado á esta comunicación sobre la enseñanza dental.

Me felicito como director de la Escuela dental de París, por que esto demuestra que son apreciados los esfuerzos que hace nuestra escuela para ser siempre la vanguardia del progreso; me felicito igualmente como cirujano dentista, porque esto prueba también que la enseñanza de nuestra profesión constituye una preocupación principal en estas reuniones. Teniendo esto en cuenta, espero me dispensaréis que insista una vez más en lo que desde largo tiempo viene constituyendo mi principal preocupación, la enseñanza preliminar y preparatoria del estudiante en cirugia dental; más estamos en un período muy activo de evolución, donde las ideas nuevas y el progreso se suceden con rapidez, tanto en la enseñanza en general como en la enseñanza dental en particular. Las unas se relacionan con las otras de tal suerte, que produciendo concepciones y aplicaciones nuevas, parece más necesario de cada vez hacerlas conocer en nuestras reuniones profesionales y someterlas á pública discusión de los que como vosotros son los primeros interesados, ya como cirujanos dentistas, ya asimismo como padres de familia.

El P. C. N. Dental.

Todos los que se ocupan de la enseñanza dental, reconocen la ventaja de aumentar de una manera especial, al mismo tiempo que la habilidad manual, los conocimientos científicos preli-

(1) Comunicación al Congreso de Angers.

minares que el estudiante en cirugía dental debe poseer de física, de química é historia natural, de sistematizar en una palabra la enseñanza preparatoria del cirujano dentista.

El certificado de estudios llamado P. C. N. (física, química é historia natural, instituído en Francia en las Facultades de Ciencias para los estudiantes en medicina, nos pareció satisfacer esta necesidad, tanto más cuanto que el certificado de estudios primarios superiores, permite la admisión á los estudios de P. C. N. como hemos indicado en una comunicación precedente.

El programa de esta enseñanza es muy científico para preparar estudiantes para las distintas ciencias, pero poco especial, lo mismo para los estudiantes de medicina que para los de odontología, cuyos trabajos prácticos y técnicos son reconocidos como indispensables. Nos hemos convencido de la dificultad de obtener de la Instrucción pública que sea suficientemente modificado para dar satisfacción á las necesidades de la profesión dental y nos parece que se obtendría un mejor resultado creando para los estudiantes en cirugía dental un verdadero P. C. N. especial, comprendiendo una parte científica particular y también una parte técnica, es decir, un P. C. N en la escuela dental.

Bastaría para esto transformar el primer año de estudios en las escuelas que han adoptado la escolaridad de cuatro años, en un verdadero año preparatorio de P. C. N. dental, organizado especialmente para los dentistas con la parte científica completada por una parte artística y manual según el programa expuesto á continuación.

El Congreso dental internacional de París de 1900, indicó en uno de sus votos lo que debe ser la educación preliminar del cirujano dentista: una instrucción literaria con el conocimiento de dos lenguas vivas, una instrucción científica y una instrucción artística y manual.

La Federación dental nacional francesa adoptó el mismo voto en la sesión del 24 de Mayo de 1902 en los términos siguientes:

«La instrucción general necesaria al estudiante de Odontología antes de ser admitido á seguir la enseñanza profesional, debe comprender:

1.° Una instrucción literaria con el conocimiento de dos lenguas vivas.

2.° Una instrucción científica elemental.

3.° Una instrucción artística y manual.»

La Federación dental internacional en el programa de enseñanza que ha adoptado en sus tres sesiones de Cambridge, Stockolmo y Madrid, ha indicado las mismas obligaciones.

Nos parece inútil insistir sobre los argumentos que han hecho valer estos acuerdos, para demostrar la necesidad de una educación artística y manual preparatoria para el cirujano dentista. La causa parece desde largo tiempo comprendida sobre este punto en todos los países, como lo hemos demostrado en las precedentes comunicaciones.

Sería de desear que la educación preliminar especial *completa* del estudiante en cirugía dental, se pudiese hacer desde el punto de vista artístico y manual como desde el punto de vista científico, ya durante sus estudios clásicos, ya después, pero antes de su entrada en la Escuela dental como tenía lugar antiguamente con el aprendizaje. Para esto hay verdaderas dificultades originadas del tiempo que toman los estudios clásicos y las necesidades de esta preparacion son tan especiales, que después de estudiar los diversos procedimientos, nos hemos decidido á proponer la transformación del primer año de las escuelas dentarias en año de enseñanza preparatoria especial, lo cual nos parece estar más conforme con la actual evolución de las ideas, á la vez que de una realización más práctica.

No sería menos útil para el alumno que desee ser un buen cirujano dentista el comenzar cuando esto sea posible su preparación artística y manual durante sus estudios clásicos si los termina á diez y ocho años, y si los termina á los diez y seis, entre el fin de estos estudios y su entrada en la escuela. Indicaremos sumariamente el proceder en estas condiciones. (Véase el cuadro adjunto.)

Educación preparatoria del cirujano dentista durante sus estudios clásicos terminados á los diez y ocho años.—(Trabajo manual en el Liceo). (1)

Haremos notar que las reformas hechas recientemente en la segunda enseñanza en Francia vienen á apoyar nuestra tesis y á facilitar el modo de poner en práctica los votos del Congreso de 1900. Así, desde el punto de vista literario y científico, la

(1) Establecimiento docente análogo á nuestros Institutos de segunda enseñanza.

Cuadro sinóptico de la enseñanza del estudiante en Cirugia dental (1903)

EDAD NORMAL DE ENTRADA EN LA ESCUELA DENTAL: 18 AÑOS

ENSEÑANZA PRELIMINAR		ENSEÑANZA PROFESIONAL EN LA ESCUELA DENTAL Duración de los cursos: 4 años.		
Literaria con dos lenguas vivas, científica, artística y manual. (VOTO DEL CONGRESO DE 1900).		PRIMER AÑO **Enseñanza preparatoria.** (P. C. N. DENTAL).	SEGUNDO Y TERCER AÑO	CUARTO AÑ
1.° Certificado de estudios primarios superiores obtenidos á los 16 años.....	A completar por una estancia hasta los 18 años con un dentista (aprendizaje conservado á título transitorio).	ENSEÑANZA CIENTÍFICA **Cursos técnicos y prácticos.** Física y mecánica. Química y metalurgia. Anatomía y fisiología humana y comparadas (disección sobre el perro y diversos animales).	**Enseñanzas médicas y técnicas, teóricas y prácticas.**	**Enseñanzas de perfeccionami to técnico.**
2.° Certificado de estudios secundarios obtenidos á los 16 años...	Con técnicos diversos (carpinteros, cerrajeros, plateros), aumentado con cursos científicos, con dos lenguas vivas, dibujo y modelado.	ENSEÑANZA TÉCNICA **Cursos teóricos.** Elementos de anatomía dental. — de patología dental. — de terapéutica dental. — de dentistería operatoria. — de prótesis dental.	preparación más especialmente para los exámenes de la Facultad de Medicina para la obtención del diploma del Estado, de cirujano-dentista.	preparación más pecialmente p los exámenes finitivos y al ploma especial la Escuela d tal.
3.° Diploma de Bachiller 1.° Latín-griego ..... 2.° Latín-lenguas vivas..... 3.° Latín-ciencias.... 4.° Ciencias-lenguas vivas, obtenido a los 18 años....	Completo con la enseñanza manual en el Liceo ó con técnicos diversos (carpinteros, cerrajeros, plateros, etc.)	**Cursos prácticos.** *Dentisteria operatoria.* Dibujos, modelados. Trabajos sobre el aparato fantasma. *Prótesis dental.* Dibujos, modelados. Trabajos sobre madera, hierro, etc. Prótesis elemental.	*(Véase sobre este particular el programa de la Escuela dental de París).* Circular anual de 1903-1904.	*(Véase sobre este p ticular el prog ma de la Esc dental de Pa* Circular anual 1903-1904.

creación de cuatro categorías de bachillerato permite la preparación racional del cirujano dentista, bastándole la preparación en el bachillerato de *ciencias y lenguas vivas* para realizar la primera y la segunda parte del voto en cuestión.

Cuanto á la parte del voto relativa á la enseñanza artística y manual, encuentra su aplicación en la enseñanza primaria superior, donde los alumnos se inician en los trabajos manuales. Son de esperar también estos trabajos en breve en la segunda enseñanza, como lo demuestra el informe cuyo apoyo proponemos y que ha sido expuesto por el rector de la Universidad de París. M. Liard al Consejo superior de Instrucción pública en la sesión de Julio de 1903. Citaremos un extracto de este trabajo:

El trabajo manual en el liceo.

«La cuestión de la organización del trabajo manual en los liceos y colegios está en vias de realizarse.

»El vice-rector de la Academia de París acaba de comunicar al ministro de Instrucción pública su opinión completamente favorable.

»Recordemos que ya el año pasado, varios miembros del Consejo superior de Instrucción pública habían propuesto el importante voto siguiente, relativo á la organización del trabajo manual.

»Los infrascritos, considerándo que la destreza manual y la delicadeza de los sentidos no son cosas que hay que descuidar en una educación verdaderamente completa.

»Que no solo estas cualidades tienen una importancia práctica de primer orden en la vida y en cierto número de profesiones aún liberales; sino que, según numerosas observaciones psicológicas muy precisas, van á la par del desarrollo de la inteligencia.

»Que los trabajos manuales ejercitan las facultades de observación, imaginación é invención, combinación y reflexión.

»Que familiarizan más especialmente el espíritu con buen número de leyes geométricas, mecánicas ó fisicas elementales y que la intuición adquirida de este modo es una preparación útil, y una base casi necesaria para la enseñanza científica propiamente dicha.

»Que independientemente de estas diferentes ventajas prácticas ó intelectuales, sería de algún interés moral prevenir los jóvenes, por la práctica del trabajo manual, de ciertos prejuicios, demasiado extendidos todavía, que lo desconsideran en provecho demasiado exclusivo de la vida púramente intelectual.

»Que, en fin, la práctica de los de esta clase puede propor-

cionar á nuestros alumnos una distracción, higiénica á la par que inteligente.

»Emiten el voto de que la Administración tenga á bien estudiar, favorecer y organizar, por previsores y principales, en todos los casos en que sea posible, talleres de trabajo manual, donde los alumnos de sus estabbecimientos tendrán acceso bajo determinadas condiciones».

La sección permanente del Consejo superior después de tomar el acuerdo de poner la cuestión al estudio, lo hizo así, reuniéndose también asambleas de profesores de liceos y colegios para hacer con su informe personal un resumen de las deliberaciones de estas asambleas. Este es el informe de M. Liard.

El vice-rector hace constar que treinta y siete informes de las asambles de profesores son favorables al principio, salvo algunas reservas sobre las dificultades de ejecución. Ocho solamente son desfavorables, y todavía entre estos últimos es de notar que algunos se fundan sobre todo en las dificultades de organización material ó sobre la falta de tiempo necesario.

M. Liard estima que alguna de estas objeciones no son justas, y escribe en su informe:

«Me preocupa poco el temor de ver nuestros liceos y colegios tomar un ligero viso profesional y acercarse á las escuelas de carácter práctico. Considero el trabajo manual como una escuela excelente y no puedo persuadirme de que no se llegue á ser un hombre bien educado porque se sepa trabajar una tabla ó ajustar una cerradura. En fin, me parece que el contacto con buenos obreros, sería un excelente medio de evitar muchas sutilezas que ocasiona muchas veces el abuso de la educación intelectual».

Después de haber comentado sin reserva la casi unanimidad de pareceres de las asambleas de profesores y jefes de servicios, M. Liard examina la manera cómo el trabajo manual podría ser enseñado, formulando la conclusión de que esta enseñanza no debe constituir una simple distracción durante el tiempo de recreo, sino muy al contrario, debe de ser metódica, dirigida por personas peritas en cada materia y dada con interés y asiduidad. De esta manera es como ejercerá «sobre el espírítu y sobre el corazón una influencia preponderante.»

Es evidente que en los países donde esto constituye una costumbre como en los Estados Unidos en los *Manual Training schools*, el desenvolvimiento de la habilidad artística y manual

de los jóvenes por el dibujo, el modelado y los trabajos prácticos sobre la madera y los metales, al mismo tiempo que reciben la educación general, es un excelente sistema que sería de los más útiles al estudiante de odontología. Desgraciadamente este procedimiento de educación no está tan extendido como debiera y todos deben encaminar sus esfuerzos para aconsejar su práctica.

Pero las preparaciones resultantes de estas reformas cuando puedan ser aplicadas de una manera general, no podrán componer más que una educación preliminar artística y manual muy sumaria para el cirujano dentista; será necesario siempre un año de estudios preparatorios especiales, tal como el que proponemos organizar análogo al del estudiante en *medicina* con el P. C. N.

Educación preliminar especial del cirujano dentista entre el fin de sus estudios á los diez y seis años y su entrada en la escuela dental.

La enseñanza artística y manual del estudiante de odontología antes de su entrada en la escuela dental, es actualmente dada bajo diferentes formas en las condiciones siguientes:

1.° En los talleres de diversos oficios que tengan ciertas relaciones con los trabajos de la prótesis dental.

2.° Por un aprendizaje en el laboratorio de un dentista antes de la entrada en la escuela dental como en Inglaterra y Alemania.

3.° En cursos preparatorios especiales como el del «Institute of dental technology», de Londres.

El primer procedimiento tiene la ventaja de su fácil empleo porque fácilmente se encuentran carpinteros, cerrajeros y plateros, al lado de los cuales puedan los aspirantes, durante una ó dos horas al día, hacer trabajos prácticos sobre madera, hierro y metales preciosos, pudiendo emplear el resto del tiempo para los cursos científicos y literarios destinados á completar la educación general del alumno y á los cursos de dibujo y modelado.

El aprendizaje con un dentista es en Inglaterra y en Alemania y ha sido durante largo tiempo en Francia, el procedimiento de educación manual del alumno dentista para el estudio de la prótesis práctica en el laboratorio. Ofrece numerosos inconvenientes teniendo en cuenta las aptitudes frecuentemente insu-

ficientes del que enseña, y además no comprende ninguna enseñanza científica técnica complementaria.

La Comisión internacional de enseñanza condenó definitivamente este procedimiento en su reunión de Madrid de 1903.

La escuela de tecnología ó curso especial antes de entrar en la escuela dental parecía realizar estas esperanzas, y así lo debió comprender el Dr. Georges Cunningham al crear su Instituto de tecnología dental, puesto que el programa era tan completo desde el punto de vista científico, como desde el punto de vista técnico, pero desgraciadamente el éxito no recompensó estos esfuerzos.

Para los estudiantes que terminan á los diez y seis ó diez y siete años, sus estudios clásicos para la obtención del certificado de estudios primarios ó del certificado de estudios secundarios queda todavía, como hemos indicado más arriba, un medio práctico de completar su educación artística y manual antes de su ingreso en la escuela dentaria que normalmente deberá ser á los diez y ocho años. A este aprendizaje, formando la enseñanza manual, pueden ir adjuntos los cursos científicos y literarios escogidos por el estudiante para completar su educación general y los cursos de dibujo y de modelado, según los principios que quedan indicados.

Programa de la enseñanza preparatoria especial del estudiante en cirugía dental considerado como primer año de estudios en las escuelas dentales ó P. C. N. dental.

Cuando el estudiante de odontología no haya sufrido la preparación de sus estudios dentales propiamente dichos por uno de los diversos procedimientos á su disposición que hemos examinado, se encontrará con una preparación muy incompleta para la nueva enseñanza profesional que va á emprender, y la necesidad de un año de P. C. N. dental queda tan justificada para él como el P. C. N. para el estudiante en medicina.

El programa de este año de P. C. N. dental puede ser establecido bajo las bases siguientes:

La mitad del tiempo debe consagrarse á los estudios y trabajos prácticos científicos, la otra mitad (cuatro horas por lo menos al día) á los estudios y trabajos prácticos de la enseñanza artística y manual técnica sin tratamiento sobre el enfermo. (Véase el cuadro).

Programa científico.

El programa científico comprende cursos teóricos sobre física, química, mecánica y metalurgia en sus aplicaciones á la odontología, y la anatomía y fisiología humanas y comparadas. Estos cursos teóricos son completados por trabajos prácticos de laboratorio.

En este orden de ideas, la enseñanza práctica de la anatomía comparada ha progresado notablemente este año en la Escuela dental de París, por la organización de cursos prácticos de disección sobre el perro y otros animales.

No insisto sobre el programa de cursos de física, química, etcétera, que existen en la mayor parte de las escuelas, para entrar de lleno en el programa técnico.

Programa técnico.

El programa técnico comprende cursos teóricos y trabajos prácticos. Los cursos teóricos versan sobre los elementos de anatomía dental, de patología dental, de terapéutica especial, de operatoria y de prótesis. Los trabajos prácticos versan sobre la prótesis en el laboratorio y sobre la operatoria en el *aparato fantasma.*

Enseñanza preparatoria de la prótesis.

El programa de la enseñanza práctica elemental de la prótesis, puede dividirse del siguiente modo: Dibujo y trabajo sobre madera, dibujo y trabajos sobre hierro, modelado y trabajos sobre metales preciosos (oro, plata, etc.), modelado y trabajos de prótesis elemental.

Este programa es poco más ó menos el que rige en la Escuela dental de París bajo la dirección del profesor M. Martinier, ayudado del jefe de trabajos M. L. Cecconi. No insistiré sobre la conveniencia de introducir para los comienzos el dibujo y el modelado que hemos añadido á este programa.

Enseñanza preparatoria teórica y práctica de la operatoria.

La enseñanza preparatoria de operatoria dental que hemos tenido el honor de organizar y que existe desde hace algunos años en la Escuela dental de París con el concurso de M. Martinier, de M. Papot, de M. Mendel-Joseph y de los jefes de clí-

nica M. Blatter, para la parte práctica, M. M. de Croes, Mahé, Audy, Pauline y Devoncoux para la parte teórica y que presentamos en 1902 á la Federación dental nacional en París, al Congreso de dentistas alemanes de Munich, al Congreso de la Sociedad dental americana de Europa en Stockolmo y al Congreso médico de Madrid el último año, tiene aquí su lugar en la enseñanza preparatoria necesaria al estudiante de odontología, y entra así en el programa de la educación artística y manual.

En efecto, puede apreciarse claramente que forma parte íntegramente del programa del primer año preparatorio á la enseñanza dental práctica propiamente dicha, es decir, á la enseñanza clínica sobre el enfermo. Así se le considera en la mayor parte de las escuelas que le han adoptado. Se verá por el programa de los cursos y trabajos prácticos que le componen, que constituye una verdadera enseñanza preparatoria del estudiante de odontología.

Nos limitaremos á exponer en el curso de esta comunicación el programa detallado expresado en las comunicaciones precedentes con algunas de las modificaciones que se han hecho en el último año. Nos contentaremos con llamar vuestra atención sobre algunas de estas modificaciones que hemos aplicado á nuestros trabajos prácticos con el fin de facilitar su ejecución. M. Blatter ha señalado estas modificaciones en París en la sesión de la Federación dental nacional de Abril; yo las señalé en la reunión de Madrid, presentando á la vez los trabajos prácticos ejecutados por los alumnos, de los cuales exponemos aquí las más importantes reproducciones. Estas modificaciones son:

1.° Moldes en cobre para la ejecución de dientes en caucho, necesarios para el estudiante después que ha terminado sus dibujos. Hemos podido hacer, gracias al concurso de M. Delair, moldes que nos permiten obtener en cantidad suficiente y con bastante exactitud y rapidez, los dientes que nos hacen falta cuando los alumnos están aún desprovistos de la habilidad necesaria para ejecutarlos ellos mismos en condiciones aceptables.

2.° Cuadernos de dibujos según el método empleado por el profesor Guilford del Colegio dental de Filadelfia, y que son preferibles á las hojas volantes que pueden perderse fácilmente. Además permiten juzgar con mayor facilidad los progresos del alumno.

3.° Pies de madera destinados á soportar el *aparato fantasma*, que tienen la ventaja de representar mejor al enfermo, por el volumen y por poderse adaptar mejor á las posiciones que debe tener el alumno.

4.° El empleo de los «Dummy Jaw» ó modelos de goma que facilitan la demostración de diversas operaciones tales como la limpieza minuciosa en la piorrea, la colocación del dique, la separación de dientes y la técnica y maniobras de las extracciones, etc.

La mandíbula de caucho blando de Wenker (Wenker Dummy Jaw), que nos fué presentada en Stokholmo por el profesor Guilford, completará con gran utilidad los medios materiales de que podemos disponer para esta enseñanza como podrá verse

Fig. 1.ª.—Dummy Jaw.—Mandíbula de goma destinada á recibir en sus alvéolos los dientes naturales para las demostraciones y trabajos prácticos de operatoria sobre el aparato fantasma.

por el extracto que sigue de la comunicación hecha á la Sociedad dental de «Wisconsin du Sud» en Mayo de 1902 por M. Harvey N. Jackson sobre «La importancia de la mandíbula en caucho de Wenker en la enseñanza de la odontología.

«La mandíbula en caucho de Wenker (Wenker Dummy Jaw) me ha sido muy útil para enseñar y las indicaciones que sugiere á los estudantes son tan grandes, que continúo empleándola y creo que es un deber llamar la atención á los que se dedican á la enseñanza de este brazo de la odontología, sobre las ventajas de esta mandíbula, no solamente para mejor demostrar la técnica de la aplicación sino más aún para despertar el interés de los alumnos, cambiando la manera ordinaria de hacer los cursos.

»Se pueden encontrar ventajas en su empleo para la de-

mostración de la extirpación del tártaro, para el empleo de diferentes instrumentos y de su manipulación, para levantar estos depósitos de la manera más eficaz y haciendo sangrar al paciente lo menos posible.

»Se puede emplear para explicar el uso de los cepillos y de la seda para pulir los dientes, para el tratamiento de dientes en estado de putrefacción, en lo que concierne á la forma de la cavidad, la apertura de la cámara pulpar, la exposición de esta cámara, los orificios de los canales etc., la manera de tener facil acceso, el empleo de agentes medicinales, demostrando la utilidad de diversos instrumentos para canales. Cada operación concerniente al tratamiento de dientes puede ser demostrada tan bien como en una clínica. La aplicación de agentes desvitalizadores, los medios de aplicar estos agentes lo mejor posible, para obtener los mejores resultados é impedir que no se difundan por las encías; los medios de sostener el remedio en dientes inferiores muy destruídos, el empleo del cemento, la aplicación de puntas de caucho etc.»

5.° Nuestra clasificación de 22 caries conteniendo los diversos tipos de ellas que se encuentran en la boca más generalmente, con su manera de preparación.

6.° La cavidad tipo con sus caras, sus paredes sus ángulos, y sus bordes.

7.° La *extensión* de la enseñanza sobre el fantasma en los tres primeros años de estudios, con el fin de que el alumno ejecute siempre toda nueva operación sobre el fantasma, antes de ejecutarla sobre el enfermo; según el principio indicado al comienzo de esta comunicación dicho aparato es considerado como el *enfermo preparatorio, el enfermo de ensayo*. Es igualmente considerado como el *enfermo de reserva* destinado á proporcionar al alumno falto de enfermo, la ocasión de ejecutar un número de operaciones mayor que el que se encuentra en los dispensarios, pudiendo así satisfacer las exigencias del reglamento sobre los trabajos prácticos.

Con esta concepción, es posible aumentar considerablemente el número de operaciones diversas (obturaciones, orificaciones, coronas, puentes etc.) que se piden á cada alumno durante sus tres ó cuatro años de estudios, y graduar mejor las dificultades de los trabajos á ejecutar, según la aptitud de los alumnos, á la vez que pueden demostrarse mejor. También así es posible remediar la insuficiencia de enfermos en las escuelas que tienen mucho alumnos, y sobre todo de reservar en lo posible el ma-

yor número de enfermos á los alumnos más adelantados, como por ejemplo los de cuarto año que han obtenido el derecho de práctica legal, lo cual está más en armonía con los principios de humanidad.

Con el desenvolvimiento que está llamado á tomar este nuevo método de enseñanza, convendría crear en las escuelas dentales un *Laboratorio especial de odontología operatoria distinto del dispensario reservado á los enfermos,* distinto también del laboratorio de prótesis y especialmente provisto para el fin propuesto; como acaba de hacerse en la Escuela dental de París en la nueva sala de clínica operatoria del primer año.

Perdonadme el que así retenga vuestra atención sobre un asunto que á primera vista parece haber sido ya tratado ante vosotros, pero á medida que vamos adquiriendo por la experiencia nuevos datos, nuestras primitivas concepciones se van modificando y perfeccionando, adaptando nuestra enseñanza á las diversas condiciones que nos son impuestas por el progreso de la profesión y aprovechando la experiencia de los que en el extranjero han podido adelantarse en este particular.

Tan pronto como hemos creído encontrar algún progreso, alguna innovación, nos ha parecido un deber llevarla al conocimiento de los que se interesan por la enseñanza dental, con el fin de que puedan aplicarla en todas las escuelas dentales, por que todo retardo en la enseñanza, es perjudicial para nuestros estudiantes, matriculados para aprender toda la ciencia odontológica conocida en nuestra época, y á los cuales debemos los últimos procedimientos y los métodos más recientes.

(*Continuará*).

CONFERENCIAS CIENTÍFICAS

SIGNOS DEGENERATIVOS DE LA BÓVEDA PALATINA (1)

por el Dr. D. LUCIANO BARAJAS

Previa galante invitación de mi querido amigo D. Bernardo Sánchez, vengo á ocupar este sitio desde el cual ilustres maestros en el decir y en el saber os han dado claras y evidentes muestras de su vasta ilustración y esclarecido talento.

(1) Conferencia dada en la Sociedad Odontológica Española.—Grabados de *La Moderna Estomatología*.

Estas son causas suficientes para que no reuniendo ninguna de las condiciones antedichas y que para el buen desempeño se requieren en estos casos, me hallara perplejo al aceptar oferta tan honrosa, que sólo hubo de decidirme á su aceptación el deseo vehemente de honrarme con vuestra amistad para enviaros desde este sitio mi cariñoso saludo, lleno de admiración y respeto. Y conste que esto es la genuina expresión del convencimiento que tengo de vuestro verdadero valer, del cual dísteis muestras evidentes en el último Congreso Internacional de Medicina, haciéndoos dignos del respeto y consideración que merecen todas aquellas colectividades en las que el esfuerzo individual es tan enérgico, que parece como si dependiera el triunfo de la totalidad de las victorias obtenidas particularmente por cada uno de sus individuos.

Este camino tan ejemplarmente seguido por vosotros, fué digno del aplauso general, y por ello anteriormente os hablaba de la admiración y respeto que me merece esta Asociación, en donde se encuentran congregados paladines tan distinguidos.

Convencido de estas afirmaciones, claro es que había de hallarme perplejo al escoger un tema de sabor científico en relación con vuestras exigencias y que, para mayor desgracia ilustres conferenciantes os habían tratado anteriormente asuntos de verdadero interés con un caudal de conocimientos asombrosos y con un talento expositivo que yo no poseo, demostrándoos con elocuencia y brillantez el asunto que propusieron en la enunciación de su conferencia.

Estas causas produjeron en mí gran incertidumbre para escoger un tema en el cual, algo distinto de lo que acostumbrais á tratar, os distrajera esta noche de vuestras cuotidianas tareas, sirviendo solo la exposición del actual á manera de simiente arrojada en el campo de la experimentación, y que al recogerla os sirviera no de ventajas clínicas útiles en el momento, sino sólo á título de una de tantas preseas que acompañan vuestro bagaje científico y que amplían el campo de la observación, como única base de prosperidad en todas las ciencias naturales.

El tema propuesto dice: «Signos degenerativos en la bóveda palatina», ó sea, caracteres especiales que puede presentar, por los cuales podemos conocer enfermedades adquiridas ó heredadas y que se caracterizan por la degeneración orgánica de sus individuos. Ampliaremos también nuestra investigación

para mayor utilidad de este trabajo á ciertos signos diagnósticos de gran valor en el sistema dentario.

El estudio de la bóveda palatina ha sugerido de antiguo grandes trabajos á los anatómicos, colocando á Sappey y Tillaux á la cabeza de sus cultivadores, los cuales señalaron la variabilidad de que son susceptibles las formas y dimensiones de la bóveda palatina.

Broca ha conseguido después de numerosas medidas en cráneos de razas y edades distintas, reducir la curva alveolar superior á algunos tipos definidos y establecer relación entre los diámetros transverso y antero-posterior constituyendo con ello el *índice palatino* que nos ha de servir de base para ulteriores investigaciones.

Estos trabajos proseguidos y anotados por Quatrefages, Han-

Curvas alveolares.

ry, Dally, etc., sobre el esqueleto y por Magitot sobre el vivo, han dado resultados verdaderamentes interesantes.

Pero los alienistas son los que han hecho tomar verdera importancia á estos trabajos hallando á Morel como el primero que estudia los estigmas degenerativos de la bóveda palatina y siguiéndole con verdadero fervor Luys Voisin, Ball, Regis y principalmente Cuyslits, de Bruselas, que en un trabajo muy interesante «Esquisse anthropologique des alienées» reconoce que una sola ley domina la degeneración y preside á las deformidades de todas las partes del cráneo y de la cara..

Posteriormente, el Dr. Bourneville estudia las anomalías físicas de los idiotas y en unión de Sollier en su tesis sobre el estado de la dentición en los idiotas y atrasados, deducen que la bóveda palatina es defectuosa en un 45 por 100 de los casos.

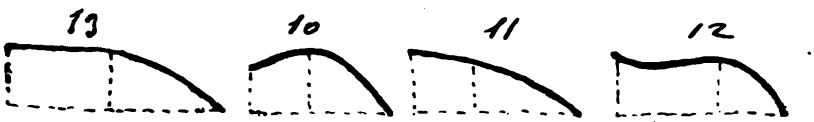
Estos trabajos y otros infinitos menos importantes, dan idea aproximada de lo mucho que desde hace tiempo viene este asunto preocupando á los sabios, sobre todo para buscar de la

manera más fija una relación precisa entre los estados degenerativos y el índice palatino de Broca.

Claro es que se impone, antes de estudiar las anomalías de la bóveda palatina y buscar las deducciones que ellas nos proporcionen, recordar rapidísimamente su constitución anatómica y arquitectura normal sin extendernos en prolijos detalles anatómicos con los cuales temería molestar vuestra ilustración.

La bóveda palatina ocupa los dos tercios anteriores de la pared superior de la boca, sirviendo de tabique divisorio entre la cavidad bucal y nasal, limitándose por delante y lados por la curva que describe la línea alveolar interna y continuándose por detrás con el velo del paladar. Una línea central antero-posterior prominente llamada *torus palatinus*, acusa la sutura

Curvas transversales.



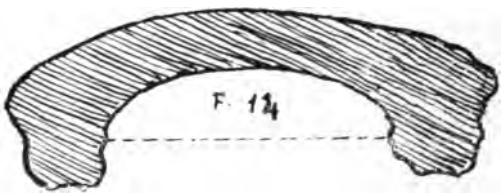
Curvas alveolares.

de los maxilares; posteriormente se unen los dos palatinos encajándose en su centro el vomer y existiendo en la línea medio y tercio posterior un punto que Tillaux recuerda como curioso, en el cual se pueden tocar cinco huesos á la vez con una punta de alfiler.

La mucosa que recubre esta bóveda, está muy adherida, formando cuerpo con el periostio, de grosor variable aumentada en los lados y más delgada en el centro, con muchas rugosidades sobre todo en la parte anterior y regada por las tres arterias palatinas que á su vez sirven de valioso elemento nutritivo para el periostio. La arteria palatina posterior es la más importante de las tres, dato digno de tenerlo en consideración para que al hacer aquellos aparatos protésicos que necesitan apoyo en los últimos molares recuerden que el agujero palatino posterior, colocado por dentro y muy próximo á aquéllos, da salida á di-

cha arteria y su compresión podría acarrearnos trastornos nutritivos esfacelando la mucosa y perturbando notablemente la nutrición del periostio.

La escuela antropológica que tiene el honor de haber clasi-



Sección transversál. Bóveda plana.

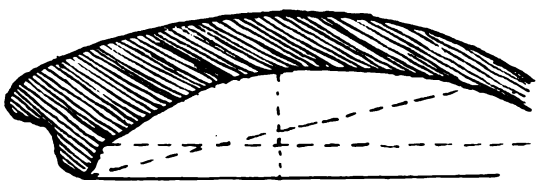
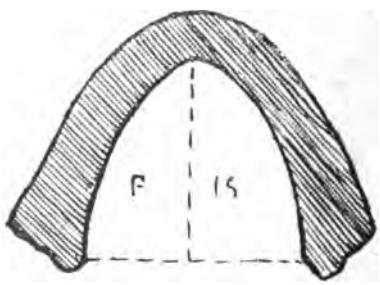


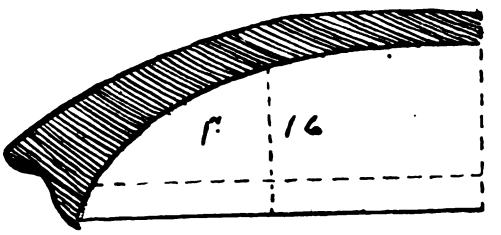
Fig. 14 a.
Sección longitudinal. Bóveda plana.



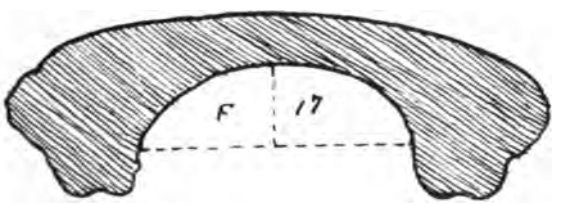
Sección transversal. Bóveda ojival.

ficado las formas de la bóveda palatina de una manera universalmente aceptada es la de Broca, la cual reconoce cuatro clases: la primera, ó hiperbólica (fig. 1.ª) constituída por las dos ramas alveolares con divergencia en todo su perímetro; segunda, la parabólica (fig. 2.ª) cuyos arcos también son divergentes, pero menos acentuados, comprendiéndose que aunque se prolongaran indefinidamente nunca llegarían á encontrarse: tercera, en

Ipsilon (fig. 3.ª), ó sea cuando sus paredes son paralelas entre sí, y cuarta, elíptica (fig. 4.ª), cuando convergen la una hacia la otra. Las dos primeras son formas más nobles y comunes en la raza blanca; la tercera y cuarta son raras y se observan en



Sección longitudinal. Bóveda angular.



Sección transversal. Bóveda angular.

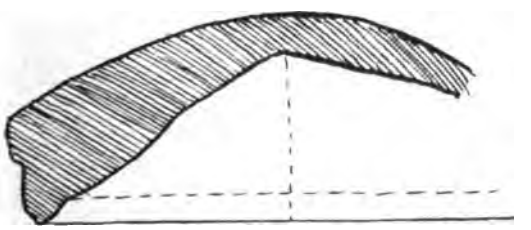


Fig. 18.
Sección longitudinal. Bóveda en cúpula.

las razas negras. La medidas de Broca que nos siguen sirviendo como dato comparativo en el estado normal, dan como resultado:

Diámetro *antero-posterior* (fig. 1.ª) a. b. desde el cuello de los incisivos medios á la espina nasal posterior, y con medida

tro *transverso posterior* (fig. 1.ª c. d.), formado por una línea imaginaria que une los dos últimos molares con una longitud de 44 mm. en el hombre y 41 en la mujer. El *transverso medio* (fig. 1.ª e. f.) al nivel de los segundos pequeños molares y con una longitud de 38 mm. en el hombre por 35 en la mujer. El *transverso anterior* (fig. 1.ª g. h.) ó intercanino de 6 á 8 mm., y los *verticales anterior medio y posterior* con una longitud respectiva de 4 á 5, 11 y 12 mm., dando un índice de 71 á 90 mm. Hamy da cifras diferentes, por lo cual resulta un índice de 80 mm. Dally marca una medida mínima de sesenta y tres y medio, máxima de 84, reconociendo á este servicio tres grados: 1.°. microsemo hasta 70,99; 2.°, misosemo de 71 á 76,99 y 3.°, megasemo á partir de 77 en adelante.

Una vez establecidos estos diámetros, la bóveda palatina no sufre alteración alguna hasta la época en que los dientes se caen por defecto de nutrición y en la que obran dentro de los alvéolos como verdaderos cuerpos extraños. En esta época, la bóveda recobra un aspecto semejante al que ofrece en el recién nacido, exceptuando tan sólo de esta evolución al diámetro *antero-posterior* que se conserva con las mismas proporciones, pero el vertical se reduce hasta 3 ó 4 mm. Dato es este que todos lo tenéis en cuenta para las modificaciones que exigen los aparatos protésicos cuando son colocados en los comienzos de la caída dentaria.

Los medios de medición de la bóveda son muy complejos, pero excuso casi de nombrarlos cuando constantemente los estáis practicando y podríais decirme de ello más que yo á vosotros, cuyos medios nos conducen á reconocer las anomalías de la bóveda palatina que debemos estudiar. Estas pueden recaer en alteraciones de los diámetros y curvas, y en la forma general.

Las perturbaciones de los diámetros y curvas pueden tener su modificación en la *curva alveolar*, adoptando las cuatro formas anteriormente descritas (fig. 1.ª, 2.ª, 3.ª y 4.ª), y la de aspecto liriforme (fig. 5.ª) que á su vez pueden ser ó no simétricas, hallando diferencia notable con los diámetros normales en un 70 por 100 de las observadas en alienados.

Cuando la modificación se refiere á las curvas transversales, pueden adoptar la forma angular (fig. 7.ª), la ojival (fig. 8.ª), y la plana (fig. 9.ª); y por fin, cuando es la curva *antero-posterior* la modificada, adoptar la forma oblícua (fig. 10), y la do-

ble oblícua (fig. 11) y las dos mixtas que se observan en las figuras 12 y 13.

Las anomalías comprendidas en la perturbación de la forma general, pueden reducirse á cuatro: tipo, plana ojival, angular y en cúpula. El tipo plano (figs. 14 y 14 a), corresponde una curva alveolar, generalmente parabólica ó hiperbólica, diámetros transversos superiores al medio normal y diámetros verticales muy inferiores al medio.

El tipo ojival se caracteriza por una curva alveolar generalmente angular ó elíptica, diámetros transversos inferiores á la normal y curva *antero-posterior* oblícua y diámetros verticales superiores al medio (fig. 15).

El tipo angular (figs. 16 y 17) lo constituye una curva alveolar, también angular y algunas veces elíptica, curva transversal, también angular, diámetros transversos inferiores á la media normal, curva *antero-posterior* oblícua y diámetros verticales muy superiores á la normal.

El tipo en cúpula (fig, 18), se caracteriza por una curva alveolar generalmente en lira ó sea con el diámetro transverso medio, menor que los otros dos, una curva transversal, ojival ó angular y diámetros verticales inferiores á la media proporción en su parte posterior y máxima y superior á la normal en la parte media.

De estas combinaciones puede resultar, que al juntarse los maxilares superiores con los inferiores, avancen uno ú otro ó los dos á la vez más allá de la media normal, constituyendo estos tipos los casos de prognatismo superior é inferior y doble.

En todos los indivi luos en que se ha examinado el velo palatino, se han encontrado deformidades en el cráneo, orejas y ojos, en la proporción de un 95 por 100 para los del cráneo; 80 por 100 para los de las orejas, y 25 por 100 para los de los ojos.

Haciendo un recuento de todas las anomalías estudiadas, han deducido los autores que la bóveda palatina presenta variaciones morfológicas en los individuos no degenerados en una proporción de 10 por 100, y que los tipos que hemos detallado, ya de una manera sencilla ó ya en combinación entre sí, pueden constituir por sí solos signos positivos de degeneración física, sirviéndonos para el diagnóstico previo de algunas afecciones mentales.

Así vemos que el tipo ojival y que constituye la forma anormal más frecuente en los alienados, coincide en un 47 por 100 de casos con la asimetría en la forma, y que el angular, muy frecuente en los epilépticos; el tipo en choza, en los idiotas, etc., son menos frecuentemente asimétricos, indudablemente las anomalías palatinas, son signos frecuentes y de importancia para el diagnóstico de las degeneraciones, pudiéndose calcular en un 80 por 100 en superioridad numérica de todos los otros estigmas, siguiendo una escala ascendente desde el tipo plano hasta el angular asimétrico, presentándose escasamente en los paralíticos generales, menos aún en los atacados de delirio de persecuciones, muy frecuente en los idiotas é imbéciles, histéricos, epilépticos y más aún en los melancólicos, maniáticos, etc.

El estudio de las estrías y rugosidades de la mucosa, también ha caído, señores, bajo el peso de la inspección científica, y según ellos, han podido determinarse el grado de aptitud intelectual de los individuos, según dichas estrías fuesen paralelas, perpendiculares ú oblicuas entre sí.

Es la conformación de la bóveda palatina un dato, señores, que la ley de herencia no exime del tributo que anatematiza á una familia de alienados, acentuándose más su característica en los descendientes que en los ascendientes y presentando generalmente asimetría en el tipo de la bóveva palatina que caracteriza á la familia, siendo la ojivo-angular la forma que más se perpetúa en las perturbaciones mentales hereditarias.

Datos son estos, señores, que sólo por su bosquejo se comprende la importancia que en la práctica médico-legal puede llegar á tener el perfecto conocimiento de la misma.

Por eso os decía en los comienzos de mi discurso que el asunto objeto de mi disertación vendría á ser como germen lanzado en el fructífero campo de vuestra observación para que, aprovechando sus elocuentes enseñanzas, acudáis después de esta modesta llamada á prestar un beneficio positivo á nuestra madre común, la ciencia médica general, justificando con este hecho más, la importancia y puesto que la odontología vislumbra en su porvenir.

Además de estos datos de remota aplicación para vosotros, existen otros de verdadera importancia y que constantemente caerán bajo vuestra ordinaria observación. Me refiero principalmente á aquellos casos, bien en niños ó en adultos, con

manifiesto prognatismo superior, combinado con una bóveda en cúpula y con arcadas dentarias insuficientes para contener el número total de la dentadura y por cuyo motivo los dientes se apiñan unos á otros, se yustaponen, se tuercen y emparejan, y para mayor trastorno, al querer hacer el menor movimiento con su boca, con una mueca irrisoria, enseñan toda la encia por la cortedad del labio superior.

Estos individuos, que el arte odontológico tiene que resolver con ellos problemas difíciles, no debeis vacilar un momento en encauzarles para que se pongan en tratamiento médico su garganta ó nariz, porque ese individuo seguramente tiene una obstrucción nasal ó nasofaríngea, caracterizada por la hipertrofia de los cornetes ó amigdalas, ó por la repleción nasofaríngea de vegetaciones adenoideas, que vienen á darle un aspecto de ruindad orgánica característico, pues con sus labios cortos, su boca entreabierta y babosa y sus ojos lánguidos, encajados en sus órbitas prominentes, hacen el efecto de que aquellos órganos están colocados allí provisionalmente, pues ninguno está en relación con la cavidad que escoge para estancia ó con la que tiene que cubrir.

Perdonadme si insisto en la precisión en que os hallais de dar la voz de alarma á los padres que os llevan hijos en tales circunstancias, pues seguramente, puestos oportunamente en tratamiento, aquel ser enfermizo y raquítico que no tiene alientos ni aun para los juegos menos fatigosos, se transformaría en un muchacho diligente y vivo, y más aun, habreis evitado con seguridad que aquel niño fuera luego en la adolescencia un seguro tuberculoso.

También en la bóveda palatina encontramos fielmente reflejados, procesos destructivos en las manifestaciones terciarias de la sífilis, produciendo pérdida de substancia considerable y exigiendo del arte quirúrgico esfuerzos inauditos para su restauración, esfuerzos que la mayor parte de las veces son ineficaces, obligándonos á que os lo entreguemos para que con ellos derrochéis todo vuestro talento artístico, aunque las recientes inyecciones de parafina y vaselina traten de resolver estos asuntos en algunas ocasiones.

La fibro-mucosa que recubre esta bóveda también nos da pruebas evidentes de trastornos generales. De este modo, si dicha mucosa la encontráis extremadamente pálida coincidiendo

con una pequeña coloración rojiza de los pilares anteriores, podéis tener la firme convicción de que es un tuberculoso el que se halla ante vosotros ó por lo menos está en condiciones abonadas para ello.

Este color, pálido en extremo de la mucosa, no es confundible con la falta de coloración debida á la anemia, en cuyo caso es un color pálido más uniforme, con el color pajizo de los caquécticos ni con las manchas equimósicas de los sifilíticos.

Para completar los beneficios que aportan las observaciones anteriormente expuestas, nos detendremos un momento para examinar las enseñanzas que los dientes y encías nos pueden aportar, ya por el aspecto y coloración de los unos, ya por el examen de las otras, para terminar temeroso de molestar demasiado vuestra benévola atención.

En la primera infancia, la importancia de los dientes se relaciona con su aparición y cambio, pues así como la erupción precoz nada demostrativo indica, la erupción tardía indica siempre una perturbación de la nutrición. La caída precoz de los dientes temporales no tiene causa conocida y deben servir de tutores á los dientes permanentes, por lo cual es conveniente no quitarlos prematuramente.

En el adulto tiene importancia la dentición cuando se relaciona con el estado de conservación de los mismos; así, pues, los dientes raquíticos se caracterizan por presentar surcos transversales y longitudinales, por el desgaste rápido y desigual de sus superficies masticadoras, debido al desarrollo irregular del esmalte. Las erosiones son debidas á perturbaciones en la evolución dentaria, relacionadas con alteraciones generales de la nutrición, como son las producidas por la sífilis, el raquitismo y las enfermedades de larga duración. La sífilis, sobre todo, da su característica en los últimos meses de la vida uterina y en los dos primeros años de la vida. De igual modo el raquitismo no produce sus más notables efectos hasta del sexto al décimo octavo mes; las enfermedades largas atacan, sobre todo, á los niños de un año próximamente. Las erosiones, señales evidentes de sífilis hereditaria, indican sencillamente que el organismo á sufrido un trastorno profundo de la nutrición durante el período de calcificación de la corona; además un dato de la mayor importancia, el conocido *diente de Hutchinson* caracterizado por una escotadura semilunar que afecta el borde libre y una parte

de la cara anterior de los incisivos medios superiores de la esgunda dentición, adoptando la forma de un destornillador y con dirección oblicua convergente, constituye por sí un signo de presunción formal de sífilis hereditaria.

Como complemento de nuestra observación, nos queda el bosquejo rápido de las perturbaciones halladas en las encías descontando sus lesiones características (estomatitis, epulis, etc.), y las que son reflejo de afecciones dentarias, dándonos á conocer por su color pálido más ó menos acentuado un signo bastante seguro del estado de salud individual acusando la marcha de los anémicos en su tratamiento ó ya con su hinchazón y estado hemorrágico, las intoxicaciones agudas y crónicas hidrargíricas yódicas, brómicas y del escorbuto. Cuando es el plomo el ocasional del ribete azul grisáceo de sulfuro de plomo á raiz de los dientes, llamado también ribete saturnino ó faja de Burtón, nos certifica la verdad de nuestro diagnóstico, confundiéndose tan sólo algunas veces con el ribete sucio de algunos fumadores ó de personas que descuidan el aseo de su boca.

La poliartritis alveolo-dentaria se evidencia por la presencia de pus si comprimimos la encía. En el escorbuto, las manchas negras, las pizarrosas en la enfermedad de Addison, las placas mucosas en la sífilis secundaria, las ulceraciones tuberculosas y diversas estomatitis, nos sirven como dato importante de diagnóstico.

Seguramente, mis queridos amigos, he defraudado vuestras esperanzas, pero perdonadme por la buena voluntad que me ha guiado y por el propósito de la enmienda que me impongo de exponeros en otra ocasión una serie de casos prácticos que por razón de la vecindad que ocupo en mi profesión, á vosotros os puedan interesar.

Yo me doy por satisfecho, ante todo por haberme relacionado con una sociedad tan distinguida como la vuestra, y muy principalmente por ofrecerme á todos en general y á cada uno de vosotros en particular con las escasas fuerzas que poseo, que, aunque débiles, son sinceras, y por último, para daros las gracias muy sentidas por vuestra benévola y galante invitación que siempre la consideraré como una de mis más honrosas distinciones. He dicho.

EL IV CONGRESO DENTAL INTERNACIONAL

San Luis, 29 de Agosto á 3 de Septiembre, 1904.

En 1889, coincidiendo con la Exposición Universal que allí se celebraba, tuvo lugar en París el primer Congreso Dental Internacional, en el que por primera vez dentistas procedentes de todos los países del mundo se reunían para estudiar y discutir asuntos profesionales.

Cuatro años más tarde, en Agosto de 1893, se congregaron en Chicago con igual fin los odontólogos más eminentes del mundo, celebrando el II Congreso Dental Internacional, en el que tomaron parte más de 1200 miembros que durante una semana se dedicaron á discutir los brillantes trabajos allí presentados.

Siete años después, al verificarse en París la última Exposición Universal, tuvo lugar en Agosto de 1900 y bajo el patronato del Gobierno francés, el III Congreso Dental Internacional, cuya importante labor quedó consignada en tres volúmenes del libro de actas que reflejan el estado de adelanto y progreso que al terminar el siglo XIX había alcanzado la odontología.

En la última sesión de aquel Congreso fué elegida una Comision internacional con la denominación de Comité ejecutivo de la Federación Dental Internacional, compuesta de nueve individuos y encargada de la elevada misión de velar porque en lo futuro siguieran celebrándose esas reuniones internacionales que tanto benefician al desarrollo de las ciencias, con igual regularidad con que vienen verificándolas los individuos que cultivan otras ramas del saber, como la medicina, la geografía, la arquitectura, etc., etc.

Al organizar el Gobierno de los Estados Unidos la Exposición Universal que en estos días se ha inaugurado en San Luis, se pensó en la conveniencia de utilizar esta ocasión por las es-

peciales ventajas y atractivos que para el viajero siempre ofrecen esas grandes exposiciones, para celebrar en aquella ciudad el IV Congreso Dental Internacional, y al recibir el Comité ejecutivo de la Federación las indicaciones que á este efecto le dirigieron el Gobierno de aquel pais y los representantes de la profesión dental de Norte-América, se acordó reunir allí el IV Congreso dental, confiando exclusivamente á las Sociedades profesionales de los Estados Unidos la organización de este gran certamen que tendrá lugar en la ciudad de San Luis, inaugurándose el 29 de Agosto y terminando sus sesiones el día 3 de Septiembre del corriente año.

El local.

Las sesiones tendrán lugar en el *Coliseum* hermoso edificio muy apropiado para este fin, en el que podrán reunirse al mismo tiempo y bajo el mismo techo las secciones en que el Congreso estará dividido sin perturbarse unas á otras. El Coliseum es uno de los mayores y más hermosos edificios hechos para reuniones; ocupa dos manzanas con una superficie en total de 18.000 metros y un espacio para exposición de 300.000 pies cuadrados. Contiene un espacioso anfiteatro capaz para 2.500 personas, que será utilizado para las sesiones en pleno del Congreso y además amplios salones para las reuniones de las 10 secciones en que el Congreso está dividido. Un gran local de 9.000 pies cuadrados será utilizado para la exposición de artículos dentales, y las clínicas tendrán lugar en una galería en la que se han instalado 100 sillones de operar con ese objeto. Además, en el mismo local habrá dispuestas salas para las reuniones del Comité, telégrafo, teléfono, restaurant, etc. Unido á este edificio está el original *Coliseum*, amplio local con asientos para 19.000 personas, con exclusión del escenario, y esta sala se utilizará para algunos de los festivales del Congreso.

Alojamientos.

El Comité local de alojamientos ha elegido el hotel Jefferson como cuartel general del Congreso. Es este uno de los más hermosos y modernos hoteles de los Estados Unidos, situado en la calle 12, á una manzana de distancia del *Coliseum*. Además la facilidad que la ciudad de San Luis ofrece para alojamientos, permitirá á los congresistas encontrar pronto hotel.

La oficina de informes de la exposición, tiene una lista de 97 hoteles capaces de alojar á 41.000 huéspedes por precios que varían desde 2,50 francos en adelante diarios por habitación.

Las autoridades de la exposición tienen el compromiso formal, firmado por los propietarios de hoteles, de que los precios corrientes no sufrirán aumento durante el período de la Exposición internacional.

Entre las fondas hoy existentes y las que se están habilitando paro el tiempo que la exposición dure, se calcula que habrá en San Luis 250 hoteles capaces para 200.000 huéspedes, aparte de las casas particulares que alquilarán habitaciones ó admitirán extranjeros en pensión.

La ciudad de San Luis.

San Luis, situado en la ribera del Mississippi, es la cuarta ciudad de los Estados Unidos, con una población de 750.000 habitantes. Su clima es templado en el verano y muy agradable en primavera y otoño.

Cuenta para el tráfico, además de las líneas de navegación, con 27 líneas distintas de ferrocarriles. Con motivo de la exposición, las compañías de ferrocarriles establecen billetes económicos con una rebaja para los de ida y vuelta de casi un 50 por 100 del valor de los precios corrientes. Los viajeros llegarán á San Luis por una de las mayores estaciones del mundo, en la que hay 32 vías y andenes. Casi todos los hoteles están cercanos á esta estación, y el tráfico en la ciudad por los tranvías eléctricos es facil y económico.

Los congresistas tendrán facilidades para visitar la exposición internacional, que según frase de un cronista, en concreto, la exposicion universal de 1904 será la maravilla del siglo XX, la mayor victoria de la paz y de la civilización y el mayor triunfo que el genio humano ha realizado.

Excursionistas.

Se han tomado las oportunas medidas para que los congresistas que acudan á San Luis reciban la hospitalidad y atenciones debidas, y el Comité de recepción, auxiliado por el Comité local se ocupará de esto. El Dr. D. O. M. LeCron, Missouri Trust Building, St. Louis, Presidente del Comité de info[illegible]

tará con gusto cuantas preguntas se le dirijan relacionadas con los hoteles y demás detalles de alojamiento del Congreso. Además se han constituído Comités de recepción en las principales ciudades por donde pueden llegar ó pasar los congresistas de Europa, tales como Baltimore, Nueva York, Nueva Orleans, Búffalo, Chicago y Washington.

Para los viajeros que así lo deseen, se organiza una excursión en grupo de New York á St. Louis en tren especial con coches Pullman y coche restaurant con el siguienle itinerario:

Después de visitar Nueva York, salida por el ferrocarril central de New York-Hudson á las nueve de la mañana, subiendo por la pintoresca ribera del rio Hudson para ir á la Academia militar de West Point y pasar por Peekskill, Garrison, Rhinecliff, Poughkeepsie y Albany continuando hasta Búffalo, adonde se llegará á las siete de la noche, alojándose los expedicionarios en el hotel Iroquois. Al siguiente día harán una expedición á la catarata del Niágara, volviendo al hotel por la noche para salir en la mañana del siguiente día por el ferrocarril Lake Shore and Michigan Southern Railway, famoso por sus rápidos trenes, los más veloces de los Estados Unidos, cuyo exprés principal hace el recorrido de 510 millas en 470 minutos, ó sea un promedio de 105 kilómetros por hora. A las nueve de la noche se llegará á Chicago, pasando allí aquella noche y el día siguiente hasta las diez, llegando á San Luís de regreso á las siete de la mañana del día siguiente.

En San Luís podrá obtenerse habitación en el hotel Jefferson de 7 á 10 duros, con cuarto de baño y una, dos ó tres camas. Los que deseen pensión más económica pueden dirigirse al Dr. D. O. M. LeCron Missouri Trust Building, St. Louis Mo U. S. A.

El viaje de regreso se hará por el ferrocarril de Pennsylvania deteniéndose en Washington, Baltimore y Philadelphia y llegando á New York. El precio de un billete de ferrocarril para esta expedición, sin incluir el coche-cama, será de 32 duros oro americano, y los que deseen inscribirse deberán hacerlo dirigiéndose al Dr. W. C. Deane 114 E60th St. New York.

Inscripción de congresistas.

dado las siguientes reglas para incripción de miembros del IV Congreso Dental Internacional.

«1.ª Puede inscribirse como congresista, todo dentista ó »cirujano oral, que por su honorabilidad esté capacitado para »ser elegido miembro de la Sociedad dental, local ó nacional »del sitio de su residencia.

»2.ª Los Comités de Estado en los Estados Unidos, y el »Presidente del Comité nacional en los países extranjeros, tie»nen autoridad para recibir las cuotas de congresistas que con »la petición de inscripción remitirán al Tesorero, Dr. Chas. S. »Butler. 680 Main st. Buffalo N. Y., quien enviará la inscrip»ción definitiva como miembro del Congreso.

»3.ª Si se suscitase alguna diferencia de opinión en los Co»mités de Estado ó en los Comités nacionales, respecto á la ele»gibilidad de un candidato, el asunto será remitido para su de»cisión al Comité de inscripciones del Congreso.

»4.ª Las esposas é hijos de los congresistas, podrán ser ad»mitidos como miembros, mediante petición especial, y por »consentimiento del Comité de inscripciones.

»5.ª La cuota de inscripción como congresista, es de 10 du»ros oro, y toda persona cuyo nombre aparezca en el programa »como autor de un trabajo ó de una clínica, tendrá que ser »congresista.»

La cualidad de congresista dará derecho á todos los privilegios de tomar parte en los debates y discusiones, y votar en aquellos asuntos que el Congreso deba decidir. También dará derecho á participar en todas las fiestas y funciones del Congreso, á las insignias y á un ejemplar completo de los volúmenes de las actas, que se calcula constituirán por lo menos 4 tomos de á 500 páginas cada uno. A juzgar por los trabajos ya anunciados, se calcula que las actas formarán el más completo tratado ó exposición jamás publicado de moderna odontología. Esta obra se enviará á todos los miembros inscritos, hayan ó no asistido al Congreso.

Para evitar confusiones y aglomeración de trabajo en los últimos momentos, se ruega á los que tengan el propósito de inscribirse como congresistas, que lo hagan cuanto antes.

Todas las comunicaciones de caracter científico deberán someterse para su aprobación al Comité de Monografías, antes de ser aceptadas para que éste las incluya en el programa.

Todas las comunicaciones que hayan de formar parte del programa literario del Congreso, y que procedan de países extranjeros, habrán de ser aprobadas préviamente por el Comité nacional del país respectivo, antes de ser admitidas por el Comité de Monografías del Congreso.

Cada trabajo deberá ir acompañado de un resúmen que sintetice el texto de la comunicación, y este resúmen habrá de estar en poder del Comité 30 días antes de la apertura del Congreso, para dar tiempo á que sea traducido, impreso é incluído en el programa oficial. Todos los trabajos ó resúmenes deberán enviarse al Dr. Wilbur F. Litch. 1500 Locust st. Philadelphia. Pa U. S. A., ó al Secretario del Comite de organización.

Clínicas.

Los que deseen dar demostraciones clínicas deberán ponerse en comunicación con el Dr. J. P. Gray, 214 N. Spruce st. Nashville Teum, U. S. A., Presidente del Comité de clínicas, quien se ocupará de los necesarios preparativos y de proporcionar los pacientes precisos.

Las reglas que han de seguirse para la aprobación de las comunicaciones literarias por el Comité nacional respectivo, son aplicables á las demostraciones clínicas, y todos los preparativos para las clínicas habrán de estar terminados el 1.° de Agosto, á fin de reservar espacio y sitio en el programa.

Exposición.

Todas las exposiciones de carácter técnico relacionadas con la odontología serán ordenadas por el Presidente del Comité de Exposición Dr. D. M. Gallie, 100 State st. Chicago Ill U. S.A., á quien deben dirigirse todos los pedidos de espacio.

Las exposiciones que se relacionen con la educación dental, estarán dirigidas y atendidas por el Dr. Trumann W. Brophy, Marshall Field Building. Chicago Ill, U. S. A., Presidente de la Sección 9.ª (Educación-Nomenclatura-Literatura é Historia)

Premios.

El Comité de organización ofrece dos premios: Una hermosa medalla de oro para el mejor trabajo sobre cualquier tema

relacionado con odontología, y otra medalla semejante para la mejor exposición de carácter arqueológico que demuestre el desarrollo del arte dental.

Todos los trabajos que aspiren al premio de la medalla de oro, deberán remitirse al Dr. James Truman, 4505 Chester ave Philadelphia Pa. U. S. A., Presidente del Jurado de premios. Los trabajos iran marcados con un lema y acompañados por un sobre lacrado que en el interior contenga el nombre del autor y en su exterior esté inscrito el lema del trabajo.

El Jurado después de decidir respecto al mérito de los trabajos y de elegir aquel que sea digno á su juicio del premio, abrirá el sobre para poder anunciar el nombre del autor premiado. Las otras comunicaciones serán quemadas, sin abrir los sobres respectivos, seis meses después del Congreso, á menos que sus autores las reclamen ó que deseen sean presentadas al Congreso por el Comité.

Los trabajos premiados serán publicados por un aparte en las actas del Congreso.

La adjudicación del premio por la exposición arqueológica, será hecha por un jurado que se elegirá con este objeto, y todos los efectos enviados con este fin, serán custodiados por el Presidente del Comité de Exposición, Dr. D. M. Gallie.

Medalla.

El Comité de organización ha autorizado la acuñación de una medalla de bronce conmemorativa del IV Congreso dental Internacional. Los troqueles han sido encargados al artista más famoso en esta clase de trabajos de América. La medalla tendrá unos siete centímetros de diámetro y en su anverso aparece la figura de Santa Polonia como símbolo de la odontología, y en el reverso un mapa del mundo parcialmente cubierto por un estandarte que sujeta un águila y en el cual van inscriptos los nombres de las personalidades más eminentes en odontología que ha habido en cada pais.

Estado actual de organización.

Por el Departamento de Negocios extranjeros, el Gobierno de los Estados Unidos ha invitado á todos los países con los cuales está en relaciones diplomáticas para que envíen delegados

oficiales al Congreso. Más de 30 naciones han anunciado ya sus nombramientos respectivos. Aparte de esto, en cada país se han constituído Comités nacionales de propaganda encargados de promover reuniones y recibir inscripciones y trabajos para el Congreso. El número y clase de las monografías ya preparadas y de las demostraciones clínicas anunciadas así como la magnitud de las exhibiciones que han de presentarse en la exposición internacional, aseguran el grandioso éxito que alcanzará este certamen que ha de constituir indiscutiblemente la más numerosa asamblea dental que jamás se ha reunido.

El Comité de organización anuncia que ha preparado un numeroso contingente de intérpretes para auxiliar á los congresistas extranjeros que desconozcan el inglés.

Comité de organización.

Está constituído como sigue: Presidente, Mr. H. J. Burkhart, (Batavia, N Y.).—Secretario, Mr. E. C. Kirk, (Philadelphia Pa., Lock Box 1.615).—Miembros, Mr. R. H. Hofheinz, Mr. J. W. David, Mr. Wm. Carr, Mr. Wm. Crenshaw, Mr. WC. Boardman, Mr. Don M. Gallie, Mr. V. E. Turner, Mr. G. V. I. Brown, Mr. J. Y. Crawford, Mr. A. H. Peck, Mr. M. F. Finley, Mr. J. D. Patterson, Mr. B. L. Thorpe.

El Congreso está dividido en dos departamentos. Departamento A, ciencia (dividido en 4 secciones) y departamento B, ciencia aplicada (dividido en 6 secciones).

1.ª Anatomía, fisiología, historia y microscópica. Presidente, H. M. Cryer (1.420 Chestnut st. Philadelphia Pa.)

2.ª Etiología, patología y bacteriología. Presidente, R. H. Hofheinz (Rochester, N. Y.)

3.ª Química y metalurgia. Presidente. J. D. Hodgen (1.005 Sutter st. San Francisco Cal.)

4.ª Higiene, profilaxis, materia médica, terapéutica y electroterapia. Presidente, A. H. Peck (92 State st. Chicago Ill.)

5.ª Cirugía bucal. Presidente. G. V. I. Brown (445 Milwaukee ave. Wis.)

6.ª Ortodoncia. Presidente. E. H. Angle (1.023 N. Grand ave. St. Louis Mo.)

7.ª Operatoria dental. Presidente. C. N. Johnson (Marshall Field Bldg. Chicago Ill.)

8.ª Prótesis. Presidente, C. R. Turner (33d. and Locus sts. Philadelphia).

9.ª Educación, nomenclatura, literatura, historia. Presidente, Truman W. Brophy (Marshall Field Bldg. Chicago Ill).

10. Legislación. Presidente, Wm. Carr (35 West 46th st. N. Y.)

Comités.

Para la subdivisión del trabajo se han constituído las siguientes Comisiones presididas cada una por personas de gran prestigio y capacidad en la rama á que se refieren.

De hacienda, programa, transportes, recepciones, incripciones, impresiones y publicaciones, legislación dental, métodos de enseñanza, cirugía bucal, prótesis, comité local de festejos, monografías, historia de la odontología, nomenclatura, Comisión para promover el nombramiento de dentistas en el ejército y en las armadas del mundo, asistencia á los pobres, etiología, patología y bacteriología, trabajos de concurso, higiene bucal, profilaxis y materia médica, operatoria dental, acuerdos, clínicas y candidaturas.

En los diversos Estados de la Federación norte-americana se han constituído también Comités de Estado encargados de la propaganda del Congreso.

Comité español.

Para todo lo que concierne á la participación que la profesión dental española ha de tomar en el Congreso, la Junta central de organización nombró un Comité nacional elegido entre los presidentes de las Sociedades dentales que en Españan existen, habiendo quedado constituído en la forma siguiente:

Presidente, D. Florestán Aguilar, Madrid.—Miembros, don Joaquín Plet, Barcelona; D. Domingo Casasnovas, Palma de Mallorca; D. Antonio Baca, Málaga; D. Asensio Gómez, Valencia; D. Hipólito Lobato, San Sebastián; D. Juan de Otaola, Bilbao; Secretario, D. Luis Subirana, Barquillo, 14, Madrid.

Las diversas Sociedades dentales de España han designado delegados que en representación suya acudan al Congreso. El Gobierno de España, por Real Decreto del Ministerio de Instrucción Pública nombró Delegados oficiales para asistir al Congreso á los Sres. D. Florestán Aguilar, profesor de odontología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, D. Jaime Domingo de Losada y D. Luis Subirana.

Viaje.

El viaje puede hacerse de Europa á Nueva York por cualquiera de las líneas trasatlánticas que tienen salidas regulares de los puertos de Cherburgo, el Havre, Southampton ó Liverpool.

La travesía por los grandes trasatlánticos se hace en seis ú ocho días, y los precios del viaje de ida y vuelta varían entre 900 y 1.200 francos en primera y 700 á 900 en segunda.

Para llegar á San Luis á tiempo de la apertura del Congreso, deberá embarcarse en Europa antes del 15 de Agosto.

El presidente del Comité español Sr. Aguilar, saldrá del Havre en el vapor *L'Tourraine* el 12 de Agosto, que debe llegar á New York el 20 del mismo mes. Este vapor es uno de los mejores buques de la *Compagnie yénérale trasatlantique française* con 12.000 toneladas de desplazamiento y en él han tomado también pasaje otros congresistas españoles.

Los señores que deseen informes respecto de precios y fechas de salida de buques pueden obtenerlos de la Agencia de los Sres Cook's Tours and Sons, Carrera de San Jerónimo número, 5, Madrid.

El Comité Español dirige un llamamiento á los dentistas entusiastas de su profesión y amantes del progreso para que acudan á esta Asamblea que tantos alicientes ha de ofrecer. Los Señores Presidente y Secretario del Comité Español tendrán mucho gusto en contestar cuantas preguntas se les dirijan sobre este particular.

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Sección de Odontologia y Estomatologia

DÍA 29 DE ABRIL

CUARTA REUNIÓN DE LA SECCIÓN

SALA B

(Continuación.)

ORTOPEDIA DENTAL

por el Dr. Rosolino (Génova).

Os presento algunos casos de ortopedia dental, operados por mi hermano Silvio y por mí, en nuestra práctica privada.

Los modelos de yeso que aquí podeis ver, se relacionan en

su mayor parte con casos de anomalías de los maxilares, que á su vez dan lugar á anomalías de posición y direccion de los dientes. Se trata por consiguiente de los casos más importantes; habiendo descuidado algo los relativos á la anomalía de los dientes que presentan pocas dificultades en la parte operatoria. Naturamente, fueron varios los medios por nosotros empleados en el enderezamiento de los dientes.

Hace mucho tiempo, como es fácil de comprender, que abandonamos el plano inclinado de Catelan, porque en el estado actual de la odontología, tenemos aparatos menos complicados y que responden mejor al objeto.

Empleamos con frecuencia en la retroversión de los dientes anteriores, sean superiores ó inferiores, la placa de caucho con pequeñas cuñas de madera.

Usamos últimamente en tres casos de anteversión de incisivos inferiores, los cordoncitos de seda del profesor Younger de San Francisco, con buen éxito. Tal método, sin embargo no es á nuestro entender, más que una modificación del descrito por Delabarre en su «Tratado de la segunda dentición» impreso en París el año 1819. No empleamos nunca en la anomalía de dirección de los dientes, el tan preconizado enderezamiento brusco ó instantáneo, ideado y puesto en práctica por Magitot en 1868, y ensalzado actualmente por el Dr. Quinet de París. En su memoria leída últimamente al Congreso Internacional de Medicina, asegura que tal operación es sencilla, rápida y exenta de cualquier peligro.

Después de una cuidadosa antisepsia de la boca, coge el diente con una pinza de extracción hacia la base de la raiz y hace el enderezamiento lentamente, hasta que el órgano ha tomado la dirección normal; una gota de sangre, una lijera inflamación de la encía, rara vez pericementitis, son los fenómenos que se pueden observar después de la operación. Tales fenómenos los combate con agua helada y colutorios de borato de potasa, y evitando la masticación con el diente operado.

Después de cuatro ó cinco días, afirma el Dr. Quinet, el diente queda casi fijado en su justa y nueva posición, no siendo necesario un primer aparato para el enderezamiento y después otro para mantener el diente en su sitio. Esta operación á primera vista muy sencilla, creemos que ninguno de ustedes, al igual de nosotros, se atreva á ponerla en práctica en su clien-

tela privada. Los métodos por nosotros preferidos actualmente son los de Coffin, Angle y Knapp, que todos conoceis.

Es nuestra costumbre, al emprender un enderezamiento, poner la boca en condiciones higiénicas, obturamos los dientes cariados, quitamos el tártaro del cuello de los dientes y curamos la encía.

En ortodoncia tenemos mucho cuidado con las condiciones especiales de los niños: si son muy débiles y enfermizos recusamos siempre nuestra intervención, lo que fácilmente se comprende, si se tiene en cuenta que la masticación en los primeros días después de colocados los aparatos ortopédicos, siendo muy dificultosa, empeoraría las condiciones de salud de los niños.

Además del examen cuidadoso de la boca y de los dientes, procuramos siempre para no incurrir en error formar exacto concepto del estado de la cavidad nasal y faríngea, porque como digo, la irregularidad de los dientes se asocia con frecuencia con cualquier obstrucción patológica de las vías nasales ó naso-faríngeas, siendo por consiguiente necesaria la intervención del rino-laringólogo para el completo éxito de nuestro trabajo.

Aparte los casos especiales, la edad preferida por nosotros para emprender una corrección, es por término medio la de doce años; esto es, cuando se ha efectuado la erupción de los dientes permanentes, excepto los terceros molares.

Creemos con Angle que la extracción de los dientes permanentes para obtener espacio, no es casi nunca precisa, y que además es difícil en muchos casos; obtiénense buenos resultados sin la presencia de todos los dientes. El método conservador debe ser siempre el primero; la extración, en segundo lugar.

Durante el tratamiento, siendo fácil la gingivitis y la pericementitis, prescribimos frecuentes y abundantes colutorios antisépticos, acompañados de rigurosa limpieza de la cavidad bucal con cepillos, y si está contraindicado, con algodón hidrófilo.

El colutorio usado por nosotros con preferencia, es el ácido fénico inglés, purísimo, dos gramos en trescientos de agua con alcohol de menta·

S. Tres veces al día	Acido fénico puro....	2 gramos.
	Agua.....	300 »
	Alcohol de 70 grados.	20 »
	Alcohol de menta....	XX gotas.

Las ventajas de este colutorio, son las siguientes:

A.—Antiséptico poderoso.

B.—Agradable al paladar.

C.—No nocivo al sistema dentario.

D.—Ligera acción anestésica sobre la mucosa bucal, con lo que se consigue que los aparatos sean bien soportados desde el primer día.

Mucho tiempo emplearíamos, y tal vez sin resultado práctico, si hablara de los 25 casos por nosotros operados, y que aquí os presento: solamente reclamo vuestra atención sobre el modelo núm. 7 R (1.)

Se trataba de un niño de doce años, de sana y robusta constitución, el cual á consecuencia de un fuerte traumatismo sufrió la pérdida de los dos centrales superiores y del lateral superior izquierdo, con fractura alveolar correspondiente á los dientes anteriores.

Curado de dicha lesión á los veinte días próximamente, tomamos la impresión de los dientes sacando el modelo en yeso que tenéis presente.

Estampadas dos coronas de platino, las fijamos con cemento respectivamente al lateral superior derecho y al canino superior izquierdo. Estas coronas hacia la mitad de la cara labial llevaban soldados un anillo cada una. Por el interior de estos anillos hicimos pasar un tornillo de acero y en sus dos extremidades salientes atornillaban dos pequeñas tuercas exagonales. Cada dos ó tres días hacia girar ambas tuercas (un cuarto de vuelta próximamente); esta maniobra era necesaria por no tener entre el primer bicúspide derecho y el lateral del mismo lado espacio suficiente para contener el canino que se encontraba en posición anormal.

La corona de platino fué varias veces cambiada, y esto se hizo, no tanto porque se deteriorase, sino por mudar el eje de tracción.

En esta corrección es digno de notar el haber podido empujar cerca de centímetro y medio de derecha á izquierda el lateral superior derecho sin ningún inconveniente. El resultado obtenido tanto en la parte estética como en el antagonismo de los

(1) Operado por Rosolino.

dientes, puede verse en el modelo de yeso núm. 7 bis, tomado después de la curación.

Interesante también es el caso núm. 11 S operado por mi hermano Silvio. Se trataba de una niña de trece años con atresia del maxilar superior con prognatismo muy marcado y con anomalía de dirección y de posición de los dientes, como puede verse en el modelo. Sobre el segundo bicúspide y los dos gruesos molares superiores de ambos lados, vienen fijadas con cemento tres coronas de platino soldadas juntas. Esta corona en la parte correspondiente á la cara lingual y precisamente entre el bicúspide y el primer grueso molar llevaba soldadas dos barras del mismo metal, una á la derecha y otra á la izquierda, horadadas en la parte mesial. Correspondiendo con los dos agujeros están insertadas las dos extremidades de un tornillo convenientemente ajustado. Cada dos ó tres días se atornillaba el perno central cerca de un cuarto de vuelta. Después de cuatro meses obtuvimos el alargamiento necesario del diámetro transversal de la arcada dentaria superior, se aplicaron varios aparatos sistema Coffin y Angle, y transcurridos dos años de tratamiento se obtuvo un resultado satisfactorio como puede apreciarse en el modelo 11 S bis.

Termino esta breve conferencia.

Las anomalías del sistema dentario operadas por nosotros, comprenden del prognatismo á la atresia, de la distolia á la asimetría, de la anomalía de posición de los dientes á la de dirección, esto es, casi todas las anomalías posibles que pueden presentarse á un odontólogo.

Los resultados obtenidos han sido muy buenos, como ustedes mismos pueden comprobar.

Algunos casos hubiéranse podido tratar mucho mejor, pero las condiciones especiales de las familias de los pacientes fueron un obstáculo.

Por fortuna, ateniéndonos á una rigurosísima antisepsia de la boca y á una casi diaria asistencia, no hemos lamentado en ninguno de nuestros pequeños pacientes graves ni dolorosas consecuencias.

Pero debemos deplorar la poca importancia que el público en general da á tales resultados, porque sólo los especialistas podemos comprender las graves dificultades que encontramos y la paciencia que hemos de emplear en estas operaciones.

El sodio-potasio en el tratamiento de la piorrea alveolar

por D. R. Pons (Barcelona).

Ridícula pretensión sería si esta comunicación quisiera tener más importancia que una simple nota. No tengo que extenderme sobre la obscura etiología de esta enfermad. Maestros eminentes y sabios comprofesores nuestros han sido encargados de exponeros todo lo que la ciencia sabe de ello.

Trato sólo de daros á conocer un tratamiento original que practico con muy buen éxito desde hace un año. Pero debo advertiros que el éxito es sólo relativo, pues las piorreas más avanzadas cuando el alvéolo falta casi por completo, cuando los dientes muy movedizos están al caer, siguen siendo incurables á mi entender, pese á toda la avalancha de tratamientos preconizados para curarla por distintos autores.

El tratamiento del Dr. Cruet, de París, consistente en cauterizar y destruir por el hierro candente el saco gingival, es el que conozco más expeditivo y de éxito más seguro. Comparad las curaciones rápidas que con él se obtienen á las larguisimas por el ácido sulfúrico, ácido crómico, etc., que cuando curan es porque se ha dado con un paciente que no se ha cansado de visitar á un dentista semanas y semanas.

El tratamiento de la piorrea por el sodio-potasio, tiene el mismo fundamento que el del Dr. Cruet, esto es, destrucción del fondo de saco por el fuego. Aquí es un fuego químico generado por la combinación de los metales y el oxígeno del agua de la saliva; los metales al inflamarse destruyen los sacos gingivales y al mismo tiempo se combinan con los detritus y pus formando un jabón soluble como en el procedimiento de Screyer en las caries de cuarto grado.

He aquí el detalle de este procedimiento: después de quitar hasta la menor partícula de sarro, tomo un tira-nervios de los más gruesos y sin punta, lo cargo con sodio-potasio, la encía anestesiada previamente con cocaína se seca con torundas de algodón é inmediatamente introduzco el sodio-potasio en el fondo de saco cauterizándose y teniendo lugar la combinación con el pus y detritus que lo llenan. Un chorro de agua oxigenada produce una viva efervescencia y vacía de su contenido el saco. Con repetir varias veces lo narrado, hasta tener la seguridad de haber alcanzado todos los recodos, queda concluida la opera-

ción. Aconsejo después el uso del agua oxigenada en colutorios y frotaciones con el cepillo por una larga temporada.

Por mi parte estoy muy satisfecho de los resultados que he conseguido con las piorreas de primero, segundo y tercer grado.

INTERESES PROFESIONALES

NECESIDAD DE VULGARIZAR LA HIGIENE DENTAL

por A. PITA SEOANE

Tan evidente es la inobservación de los preceptos higiénicos en general. que no es extraño que por lo que en particular se refiere á la boca, el descuido sea aun si cabe mayor, llegando á los límites de lo censurable, ¿y qué de extraño hay en que esto suceda, si la inmensa mayoría del público desconoce la importancia de la higiene?

Es por desgracia tan frecuente encontrarse con pacientes que desconocen el uso del cepillo ignorando casi en absoluto los cuidados que la boca exige, como frecuente es el hecho de que los pacientes sólo recurren al dentista cuando son víctimas de fuertes dolores; uno y otro caso son dignos de censura y deben atribuirse á ignorancia que nosotros estamos obligados á procurar que desaparezca por todos los medios que estén á nuestro alcance.

Buena es la enseñanza que en la diaria consulta procuramos inculcar al paciente, pero por buenos que sean nuestros deseos y grande el éxito que con ello alcancemos, esto no basta á sacudir la indiferencia de la mayoría; y no basta, porque el verdadero cliente, aquel que una y otra vez tiene costumbre de solicitar nuestro cuidado no es el más necesitado de consejos en este sentido, puesto que por su grado de cultura no desconoce y comprende la importancia de los preceptos higiénicos.

Pero como no sucede así con el cliente que rara vez y sólo por necesidad acude á nuestra consulta, á este, como á los que no asisten por ningún concepto, es á quien debemos principalmente ilustrar haciéndole ver claramente los peligros á que se expone; para ello nada mejor que vulgarizar la higiene dental por medio de folletos, que desprovistos de engorrosos tecnicismos deberían publicar todos ó la mayoría de los dentistas repar-

tiéndolos gratuita y profusamente entre los clientes, las escuelas, colegios y demás centros de instrucción, así como á los hospitales, cuarteles y toda clase de establecimientos, procurando, en suma, hacerlos llegar á todas partes; de este modo los niños se acostumbrarían á conocer los cuidados que á la boca convienen, y excitados á su vez por las madres y los maestros no dudarían ni abrigarían temor alguno de ponerlos en práctica.

Para las escuelas y demás centros de instrucción sería también conveniente reducir á unos cuantos preceptos lo más indispensable, exponiéndolos en grandes cartelones como *máximas de higiene*, iniciativa que á mi juicio corresponde á una entidad como la Sociedad Odontológica Española y que no dejaría de ser provechosa; uno y otro procedimiento contribuiría grandemente á difundir una enseñanza tan útil como práctica y acabaría con la indiferencia perniciosa, que tan sólo por ignorancia subsiste en los actuales tiempos. Tómese el ejemplo que nos ofrecen otros paises, é inculquemos esta sana doctrina á nuestras generaciones, haciéndoles comprender que *mas vale prevenir que curar*, y enseñándoles los medios que á la regeneración conducen, de cuya obra nunca podremos arrepentirnos.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA PIORREA ALVEOLAR

por los Dres. A. Michel y P. Gires (1)

El Dr. A. Michel distingue dos formas en la piorrea alveolar; la forma tórpida y la forma erética. En la primera, el examen del tejido óseo muestra las particularidades siguientes: los canales de Havers están algo ensanchados, los vasos sanguíneos parecen más numerosos, las células óseas están en vía de degeneración, de los canales de Havers parten oblicuamente á través del tejido óseo otros canales que llevan á la sangre el contenido de las células óseas degeneradas; estos canales aumentan en número y confluencia; el tejido óseo disminuye así poco á poco y se reabsorbe casi completamente; el pericemento es también destruído poco á poco dejando desnuda la raiz y el alvéolo por último desaparece por reabsorción.

En la forma erética, los canales de Havers están mucho más

(1) De *La Revue de Stomatologie.*

ensanchados; los vasos sanguíneos crecen en número; el tejido protector está fuertemente infiltrado de células redondas; por el ensanchamiento de dichos canales el tejido óseo se encuentra reducido y en los progresos del mal, al cabo de un cierto tiempo, no queda más en el sitio del hueso que granulaciones.

El autor estudia la etiología de la enfermedad. La mayor parte de los autores admiten como causa predisponente ciertas afecciones renales y las alteraciones circulatorias con ellas relacionadas.

El Dr. Michel ha hecho analizar las orinas de un gran número de piorréicos, y en casi todos los casos ha observado la presencia de albúmina, aunque alguna vez en muy escasa cantidad, de lo cual deduce que la albuminuria es la afección que más particularmente predispone á la piorrea alveolar y pretende demostrarlo experimentalmente. Se sabe que cuando un urétere es obturado, el riñón del lado opuesto llega poco á poco á suplir la función, pero en los primeros momentos el aumento de trabajo es demasiado fuerte y deja pasar la albúmina. Apoyándose en este hecho, Michel ha practicado en varios conejos la ligadura de un urétere, provocando así la albiminuria y después les ha inoculado en el cuello de los dientes el pus de la piorrea alveolar, no tardando los animales en presentar esta afección muy intensamente.

Pasando al tratamiento, el autor recomienda los lavados con agua oxigenada. Este producto no es tóxico, su acción antiséptica es considerable y la esfervescencia que produce, hace el excelente efecto de arrojar los restos de tejido y de tártaro que no pueden extirparse con la ayuda de los instrumentos ó con los lavados ordinarios.

Comentando este trabajo, el Dr. Gires lo encuentra muy interesante por los dos hechos concretos que nos ofrece: la constancia de la albuminuria en los atacados de piorrea examinados por el Dr. Michel y la forma aguda de la afección cuando es inoculada á los conejos albuminúricos. El Dr. Girés ha hecho también observaciones juntamente con el Dr. Lorlat, jefe de clínica de la Facultad de Medicina, en un cierto número de enfermos atacados de piorrea alveolar, y si bien la ha encontrado juntamente con un gran número de afecciones renales, no ha sido sin embargo de una manera constante. Siempre ha coincidido con un estado general defectuoso, trastornos de nutrición ó

una causa de caducidad orgánica (en un caso de castración) que constituyen á su juicio predisposiciones á la piorrea.

Hace constar también que en los piorréicos hay un fenómeno constante, el depósito de tártaro sobre las raíces de los dientes que es considerado por algunos como causa local y por otros como resultante de la piorrea. Sea como quiera, lo cierto es que este tártaro entretiene la enfermedad y no puede esperarse su curación mientras el cuello y la raiz de los dientes atacados no sean desembarazados de estos pequeños cálculos.

El tratamiento de la piorrea parece incompleto sino se procede á la ablación completa del tártaro y si no se modifican los tejidos perirradiculares enfermos, sea con la ayuda de los diversos cáusticos que han sido preconizados (ácido láctico, ácido sulfúrico, etc.), sea con la ayuda del termo ó del galvano cauterio.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 3 de Junio de 1904

Se abrió á las diez bajo la presidencia del Sr. Aguilar y con asistencia de los Sres. Sánchez, Subirana, López Alonso, Martínez Vargas, García Megías, Salces, Pérez (D. Tirso) y Sánchez (D. José).

Se lee y aprueba el acta de la anterior.

Contribución de la S. O. E. á la F. D. I.

El *Sr. Aguilar* da cuenta de haber recibido una invitación para que la Sociedad Odontológica Española contribuya como otras Sociedades á los gastos de la Federación Dental Internacional, que hasta el presente han sido sufragados por los individuos de la misma y propone se contribuya con 100 francos.

Hacen algunas preguntas sobre el particular los Sres. Sánchez, Subirana, García Megías y Tirso Pérez y contestadas por la presidencia, estos señores se muestran conformes con la proposición que es aprobada por unanimidad.

Informe sobre el «Vocabulario de Odontología».

El *Sr. Subirana* lee el informe sobre el libro «Vocabulario enciclopédico de Odontología», de los Sres. Pérez Cano y García y García, en cumplimiento del encargo que en unión de D. Bernardo Sánchez le encomendó la Sociedad. En dicho informe, después de encarecer lo laudable de

los esfuerzos de los autores y de alentarlos en su obra, se señalan los defectos que esta contiene á juicio de los informantes.

El *Sr. Péres* (D. Tirso) agradece las frases de elogio para los autores del libro; juzga que el informe se ha hecho á la ligera y casi sin estudiar la obra, y rebate los defectos que se señalan en el dictamen. Pide se le conceda continuar en otra sesión esta defensa y así se acuerda.

Se abre discusión sobre los incidentes de práctica profesional, y como ningún señor socio hiciere uso de la palabra con tal objeto, toma la palabra

Disertación del Sr. Aguilar.

El *Sr. Aguilar* para disertar sobre varios puntos prácticos sin pretensiones de conferencia y con el fin de exponerlos brevemente á la consideración de los reunidos.

Presenta en primer término un modelo en yeso tomado de un caso de extraordinaria hipertrofia gingival y enumera los trastornos causados por tal estado, sobre todo en lo referente á constantes y abundantes hemorragias que pudieron llegar á poner en peligro la vida de la enferma. El tratamiento fué la escisión previa anestesia y las cauterizaciones con un termocauterio de gruesas puntas que enseña á los concurrentes.

Presenta después otro modelo de un caso de anomalía de los dos laterales superiores rotados sobre su eje por completo. Usó la radiografía para cerciorarse de la existencia de un canino que no había hecho su erupción para amoldar á esta circunstancia el procedimiento de corrección, demostrando la importancia que en tales casos tiene la radiografía y los servicios que puede prestarnos.

Pasando á otro asunto, recomienda una disolución de celuloide en acetona como materia dura y muy impermeable para fijación de los dientes naturales, y enseña un alambre especial muy útil para ligaduras de toda especie en nuestra práctica.

Trata de un procedimiento cuya originalidad se atribuye para tomar impresiones con lacre dental para incrustaciones de porcelana en cavidades aproximales, que consiste en una laminita metálica muy delgada y perforada en su centro, en cuyo sitio coloca el lacre é introduciendo la lámina entre los dientes por dicho orificio empuja con un atacador sobre la cavidad el material de impresión, que una vez duro se saca con una menor separación de los dientes que por el procedimiento ordinario.

Después explica la manera de hacer rugosa la superficie interna de estas incrustaciones para que su retención sea mayor. Para esto, pone en el fondo de la matriz unos gránulos de amianto ó deslustra dicha superficie con el ácido fluorhídrico previa protección con cera del resto de la incrustación.

Presenta un aparato de cristal de dos paredes entre las cuales está hecho el vacío, muy útil para dosificar líquidos muy volátiles sin que se pierda nada de ellos. Lo experimenta á la vista de todos con el somnoformo.

Termina describiendo minuciosamente la mascarilla ideal núm. 2 para somnoformo, cuya gran utilidad y buenas condiciones ensalza y se escuchan muchos aplausos tributados al disertante.

El *Sr. Sánchez* (D. Bernardo) felicita al orador por la utilidad de sus conferencias en las que siempre se aprende y hace una pregunta sobre la forma de aplicar la adrenalina en el primer caso tratado por el Sr. Aguilar. Habla también de las ligaduras de seda.

D. Tirso Pérez, tratando también de dichas ligaduras, propode un nudo que llama *de círculo doble*, cuya manera de hacerlo demuestra.

El *Sr. Subirana* encuentra que el conferenciante ha estado muy parco en detalles al tratar de los distintos casos que ha expuesto. Habla largamente sobre las impresiones para incrustaciones de porcelana, no estando conforme con el procedimiento expuesto por el Sr. Aguilar y describe el suyo. Emplea para esto una cuña para hacer la separación en el momento dado que es necesario hacerla. En el caso de corrección de los dientes rotados, censura que el Sr. Aguilar no haya dicho nada del procedimiento de retención seguido ni de otros extremos no menos importantes.

El *Sr. Aguilar* da las gracias á los señores que han discutido y se sincera de las omisiones notadas por el Sr. Subirana, diciendo que su objeto ha sido hacer una exposición breve y práctica de varios casos, sin entrar en detalles que hubieran constituído de cada uno una conferencia aislada y extensa. Del caso de rotación de los laterales superiores, dice que lo ha presentado más que nada para demostrar los servicios que la radiografía puede prestarnos en tales ocasiones.

Terminada la discusión se levanta la sesión á las doce y cuarto.

Banquete anual de aniversario.

En la noche del día 1.° del corriente, celebró esta Sociedad en el *restaurant* del Café Inglés el banquete anual del octavo aniversario de su fundación.

Rompiendo con la costumbre de años anteriores de invitar á todos los dentistas de Madrid, por acuerdo de la corporación se limitó en el presente á los socios de la misma, entre los que vimos á los Sres. Aguilar, Sánchez (D. Bernardo y D. José), Pérez (D. Tirso y D. Vicente), Brito, López (D. Ricardo), Porras, Losada, Mon, Martínez Vargas, López Alonso, García Megías, Salces y López Pujalte.

No fueron necesarios los brindis para decir lo que poco más ó menos se dice siempre y lo que todos piensan, y solamente D. Tirso Pérez, fué el que al final no pudo ya reprimir sus clásicos entusiásmos, y ya de pie dió un ¡viva la Sociedad Odontológica Española! que fué contestado por todos.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE VIZCAYA

Bajo la presidencia del Sr. Otaola, celebró sesión esta Sociedad el día 28 del próximo pasado Mayo, asistiendo los Señores, Arregui, Blasco, Niño, García Orive, Edwards, Gorostiaga, Lilliot, García Oronoz y Larrazabal. Se excusaron los Sres. Palacios y Laburu.

Dada cuenta de la correspondencia y obras recibidas, el Señor presidente dió también cuenta de la visita que un grupo de socios hizo al Sr. Palacios en Durango, detallando algunos de los trabajos vistos, cuya reseña hicimos en nuestro número anterior.

A continuación el Sr. Otaola explanó su conferencia sobre *Teoría de las extracciones según Godon*, que publicaremos íntegra en nuestro número próximo, por habérnoslo impedido en este, la falta material de espacio. Nuestro querido amigo fué muy felicitado por su interesante disertación, en cuya discusión terciaron algunos señores.

El Sr. García Orive habló de la eterna cuestión del intrusismo; se acordó tomar en consideración sus observaciones y se levantó la sesión, dando por terminado el curso.

Acto continuo se reunieron en el Moderno para celebrar con un modesto banquete el éxito obtenido por el curso terminado,

y todos los presentes hicieron votos porque continúe como hasta aquí la amistad y el compañerismo que siempre debe reinar entre individuos que ejercen la misma profesión.

Compañía Dental Española.

ANUNCIO

Con arreglo á lo prescripto en el artículo 38 de los estatutos de esta Compañía, el día 30 del mes de Junio, en que termina el año social, se procederá á la liquidación de cuentas, para presentar el Balance anual á la Junta general.

Por el presente anuncio se convoca á todos los señores accionistas para que concurran á dicha Junta general, que se celebrará en el domicilio social, calle de Cedaceros, núm. 4, Madrid, á las nueve de la noche del viernes 8 de Julio.

En la citada Junta se examinará el Balance anual de cuentas, y se acordará el reparto del dividendo que corresponda al beneficio obtenido.

Madrid 30 de Mayo de 1904.—Por la Junta de Administración, *F. Aguilar*.

BIBLIOGRAFÍA

Resultado del tratamiento por la movilización y el masaje en 61 casos de fracturas. Cirugía de urgencia, principalmente en los traumatismos graves. Complicaciones quirúrgicas de la caries dentaria. Valor terapéutico de algunos anestésicos locales. Proyecto sobre reforma en la organización de la enseñanza de la Escuela de dentística, por el Dr. D. Germán Valenzuela, Director y profesor de la Escuela de dentística de Santiago de Chile.

Los títulos que anteceden, reunidos en tres folletos, constituyen otros tantos trabajos presentados por el distinguido dentista chileno al Congreso médico-latino americano, celebrado recientemente. Todos estos asuntos son tratados muy á fondo y demuestran la altura á que se ha colocado nuestra profesión en las repúblicas sur-americanas. Especialmente el que se refiere á la organización de la enseñanza comprende un vastísimo plan de reforma sobre la ya existente, muy bien entendido y admirablemente expuesto.

Alguno de estos trabajos lo reservamos para que nuestros lectores lo conozcan cuando el exceso de original de urgencia no nos lo impida, como sucede en el presente momento.

***

La colitis muco-membranosa, por el Dr. D. José González Campo.—Hemos recibido un folleto en el que el distinguido médico de la Beneficencia municipal de Madrid se ocupa haciendo gala de sus proverbiales conocimientos de dicha enfermedad en todas sus manifestaciones y de su tratamiento. El nombre del autor constituye el mejor elogio de la obra.

RECETAS Y CONSEJOS

Adrenalina y cocaína.—Con la adición de adrenalina á la cocaína se obtienen las siguientes ventajas: mayor poder anestésico sobre el tejido bien que esté sano ó inflamado; acción vaso-constrictora de mayor intensidad; disminución de la acción tóxica,—(E. Foiry, *Archiv. Stomatologie.)*

Incrustaciones de porcelana.—No obstante ser punto tan esencial como es la estética, ocupa un puesto muy secundario entre las muchas excelentes cualidades que posee la porcelana.

Es el único material permanente que posee la cualidad de ser compatible con los dientes.

La permanencia y la conservación son los dos factores que la porcelana aporta al diente en mayor cantidad que ningún otro material.—(W. T. Reeves, *Dental Summary.*)

Sensibilidad de los cuellos de los dientes.--Séquese el diente y aplíquese una disolución saturada de tanino en glicerina, frotando bien sobre la superficie sensible; también es útil para las cavidades sensibles.—(S. F. Howland, *Dental Review.)*

El hidrato de magnesia facilita el desprendimiento del yeso de la boca.—Al tomar impresiones con yeso, la mayor dificultad que encontramos es al tomar la impresión de piezas parciales.

Si los dientes que todavía quedan son cortos y firmes y están en posición normal, poca será la dificultad, más si estos dientes son largos, inclinados y oscilantes, es muy difícil la operación.

Un buen recurso en semejantes casos, es hacer enjuagar la boca del paciente con leche de magnesia antes de tomar la impresión. Una ligera capa de magnesia queda sobre los dientes, lo que permite al yeso separarse con mayor facilidad.—(Dr. Weesels, *Dental Brief.)*

Caucho poroso.—La porosidad del caucho es producida por la temperatura muy alta. Es mejor mantener una temperatura moderada, empleando mayor tiempo y tener la vulcanizadora bien cerrada para que no haya escape ni humo de vapor.—(Dr. Gustaury North, *Hints.)*

Preparación rápida.—Cuando hay necesidad de reparar en brevísimo tiempo un aparato del cual se han separado uno ó dos dientes, se corta

del aparato un pedacito de caucho en forma de *cola de golondrina* al lado del diente que falta, se colocan los dientes en su sitio y con amalgama se sujetan.

Los dientes, una vez endurecida la amalgama, se sostienen en su puesto provisionalmente muy bien.—(Dr. D. Shshan, *Summary.)*

Rellenos combinados.—Ningún material sólo es perfecto, pero en combinación con otro se obtienen las buenas cualidades de los dos.

El cemento solo se desgasta, la amalgama se contrae, pero combinando los dos, el cemento vence la retracción de la amalgama y esta vence el desgaste del cemento. Por esta combinación se consigue anclaje, afianzamiento, permanencia, fácil manipulación y alguna cantidad de aislamiento.—(J. J. Reed, *Dental Review.)*

Preparación de puntas para canales.—Coger las extremidades gruesas de puntas de gutapercha para canales con un par de alicates planos. Entonces pueden manejarse sin dificultad con las pinzas de operar cuando se estén insertando en los canales.--Dr. A. W. Hornton, *Review.)*

Método para endurecer los moldes de escayola.—Disuélvase una parte de alumbre en cinco partes y media de agua caliente. Sumérjase el molde en dicha disolución dejándolo durante un espacio de tiempo que puede fluctuar desde media hora hasta varias semanas, según sea su tamaño. Así que haya absorbido una cantidad suficiente de la disolución sáquese y humedézcase de cuando en cuando con la misma hasta que toda la superficie adquiera una capa de alumbre cristalizado.

Cuando esté completamente seco, puliméntese con papel esmeril y después con un paño seco. El molde quedará completamente blanco con una brillantez parecida á la del marmol de Carrara.—

Empleo del algodón combinado para extracciones.—El algodón carbonizado da resultados excelentes; es completamente aséptico, absorbe gran cantidad de los remedios coagulantes y se mantiene fresco durante bastante tiempo dejando la herida fresca y limpia.

Empleándolo con una solución de peróxido de hidrógeno al 3 por 100 sirve para contener la hemorragia aún en los casos más rebeldes. Al aplicarlo en estos casos, sujétese el apósito con el dedo mientras dure la efervescencia ó de otro modo el algodón se saldría de la herida. (A. Jessel, *Dental Review.)*

Pasta momificante.—Mézclense iguales partes de ácido tánico y timol con cantidad suficiente de glicerol hasta conseguir una pasta dura. -*(Dental Brief.)*

HOJAS SUELTAS

Delegaciones al Congreso de San Luís.—Han sido nombrados delegados del Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes al Congreso dental internacional de San Luís, nuestro Director D. Florestán Aguilar y los Sres. D. Jaime D. Losada y D. Luís Subirana.

También ha sido nombrado nuestro querido amigo de Bilbao don Juan de Otaola, delegado de la Sociedad Odontológica de Vizcaya á dicho Congreso.

Felicitamos á los favorecidos.

Nueva plaza de dentista.—De nuevo tenemos la satisfacción de comunicar á nuestros lectores la grata noticia de haberse creado en España otra plaza de cirujano-dentista con destino á la Beneficencia pública.

El Ayuntamiento de Algeciras es esta vez á quien corresponde tan loable iniciativa, por haber creado dicha plaza dotada con sueldo y nombrado para su desempeño á nuestro estimado compañero D. J. Juliá y Hubert.

Muestra palpable es esta de que nuestros servicios profesionales se van considerando de la suficiente importancia para que las clases menesterosas no se vean privadas de lo que constituye una necesidad de la higiene, y de que las Corporaciones oficiales, comprendiéndolo así, se aprestan á llenar ese vacío que en estos tiempos todos los países civilizados atienden con la mayor solicitud. El ejemplo, como ven nuestros lectores, va cundiendo como cunde siempre lo, que como esto, constituye una verdadera necesidad, y sólo plácemes merecen estas Corporaciones y sociedades que estimándolo así dan la norma para que otras de menor iniciativa sigan el camino emprendido.

Por esto felicitamos muy expresivamente al Ayuntamiento de Algeciras, como asimismo al Sr. Juliá, de cuyas aptitudes sacarán buen fruto los pobres de dicha ciudad.

El Congreso de Grenoble.—En esta ciudad francesa tendrá lugar este año la sesión anual de la *Asociación francesa para el progreso de las ciencias* que, como saben nuestros lectores, dedica una de sus secciones á la odontología. Se verificará del 4 al 11 de Agosto próximo, habiendo sido designado para presidir la sección correspondiente á nuestra especialidad el Dr. Pont.

Para las adhesiones y toda clase de datos, dirigirse al Dr. Pont, en Lyon, rue Président Carnot, 9, ó al Secretario de la Asociación, 28, rue Serpente, Paris.

Dentistas en el ejército inglés.—Ocho cirujanos dentistas han sido encargados por el Ministerio de la guerra inglés de prestar sus servicios á las tropas metropolitanas de la Gran Bretaña. Tienen la obligación de consagrar todo su tiempo á este servicio y al efecto reciben una indemnización de 25 francos diarios. Su residencia está en Aldershot, Devouport, Cork, Edimbourg, Portsmith, Dublin, Colchester y Woolwich.

Premios para estudiantes creado por la asociación de la prensa médica.—El fallo del Jurado ha sido el siguiente:

Conceder el premio á la Memoria que lleva el lema *Fraternidad y cultura.*

El accésit, á la señalada con el de *Cultura, cultura y cultura.*

Proponer la creacción de un segundo accésit para la designada bajo el de *Ars longa, vita brevis.*

Menciones honoríficas, á las tres que se distinguen con los lemas; *Nadie vive como hombre sino aquel que sabe.—Querer es poder.—Feci quod potui.*

Como se ve, el concurso abierto por la Asociación con el interesante tema «Medios que pueden ponerse en práctica por el Estado, Corporaciones ó particulares para auxiliar á los estudiantes que no dispongan de medios de fortuna» ha obtenido un brillante resultado.

Las libranzas de la Prensa.—En la *Gaceta* de 1.º del actual ha aparecido una Real orden de verdadero interés para los periódicos y para los suscriptores, pues por ella se facilita todo lo que era de desear el uso de las librazas de la Prensa, creadas por Reales decretos de 1.º de Noviembre de 1887 y que entonces, por la defectuosa organización de tal servicio, no pudieron ser utilizadas.

Las libranzas de reciente creación son de nueve clases, según su valor, que es de 100, 75, 50, 25, 10, 5, 3, 1, y 0,50 pesetas con premio de 2 por 100. No es necesario adherirlas sello de ningún género, no tienen plazo de caducidad y llevan en lugar bien visible el precio de cada una.

Las libranzas estarán á la venta en todos los estancos desde 1.º de Julio próximo.

Con esta acertadísima disposición, los periódicos logran indudables ventajas, pues se facilita el pago de las sucripciones, sin que para ello tengan que manejar la gran cantidad de sellos que hasta ahora venían recibiendo por el mismo concepto, que no tenían aplicación y habían llegado á ser un inconveniente en las administraciones de los periódicos.

Rectificación.—Un error de información nos hizo incurrir en varias inexactitudes, al dar cuenta en nuestro número anterior de la sesión celebrada por la *Unión Dental* para otorgar los premios de su último concurso. El fallo del Jurado fue el siguiente:

Primer premio en el concurso teórico, desierto; segundo al Sr. Barba y tercero al Sr. Pérez Cano.

Primer premio en prótesis al Sr. Anton; segundo á los Sres. Pérez Cano y García y García y tercero al Sr. Herrero.

Quedan así subsanados los errores que involuntariamente cometimos.

Nueva ley dental en Jersey.—El parlamento de Jersey acaba de votar una Ley reglamentando el ejercicio de la odontología en la isla. Sin preocuparse del título, esta Ley impide el ejercicio á todos los que no posean un permiso del Consejo Real, subordinado á la posesión de un diploma reconocido por el Consejo médico general, salvo á las personas que ejercieran en la isla con anterioridad.

Una cláusula impide á los dentistas la anestesia general sin la asistencia de un médico bajo pena de una multa de 25 libras esterlinas ó de tres meses de prisión.

Aumento de páginas.—El exceso de original nos ha obligado al aumento de cuatro páginas sobre el texto ordinario en el presente número.

LA ODONTOLOGIA

AÑO XIII | Julio 1904 | NÚMERO 7.

LA ENSEÑANZA PREPARATORIA DEL ESTUDIANTE EN CIRUGIA DENTAL

considerada como primer año de estudios en las escuelas dentales (I)

por el DR. CH. GODON

Director de la Escuela Dental de París.

(Continuación.)

Programa de la enseñanza preparatoria teórica y práctica del primer año. Enseñanza preparatoria práctica de operatoria para los alumnos de primer año.

Este programa comprende tres grandes divisiones, repartidas cada una entre cinco semanas del curso, ó sean quince semanas representando alrededor de noventa lecciones prácticas, de dos horas cada una, especialmente reservadas á las demostraciones del demostrador y á los ejercicios prácticos del estudiante.

Primera división: Demostraciones, ejercicios y trabajos prácticos de operatoria en el laboratorio sin el torno, sobre diente artificiales en caucho blanco vulcanizado, en madera ó en marfil, implantados sobre bloques de escayola (caries de 1.° y 2.° grado).

Segunda división: Demostraciones, ejercicios y trabajos prácticos de cirugía dental y operatoria en el sillón de operaciones sobre el aparato fantasma, con empleo del torno, sobre dientes naturales implantados en bloques de escayola (caries de 3.° y 4.° grado).

Tercera división: Ejercicios de extirpación del tártaro, de limpieza de los dientes ó de extracción sobre el aparato fantasma ó el esqueleto colocados en el sillón de operaciones.

Primera división.

Cinco semanas, seis lecciones de dos horas por semana, treinta lecciones.

1.° Demostraciones, ejercicios y trabajos prácticos de ope-

Remettre en sortant ce bulletin au gardien et prière de ne pas le plier

N° 1505

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Laboratoire de Prothèse

Travail de Dentisterie Opératoire

Indiquer le nombre de dents

Confié à M Henri Villain

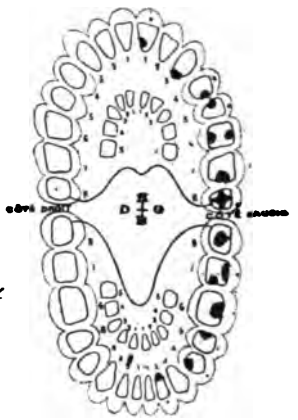
Elève de 1re *année*

Commence le 16 Décembre 1901

Terminé le 1

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE

Henri Villain



Inscrire, s'il y a lieu, l'observation plus complète au verso

DATES DES SÉANCES	INDICATION DU TRAVAIL JOURNALIER	NOTE	VISA DU PROFESSEUR OU DU CHEF DES TRAVAUX PRATIQUES
Samedi 14 Déc.	Obturation Gutta 1/2	[illegible]	[illegible]
Lundi 16 Déc.	" " ciment 1/4	[illegible]	[illegible]
17 Décembre	" Gutta Gutta 1/7	[illegible]	[illegible]
" "	" ciment 1/5	[illegible]	[illegible]
18 Décembre	Fabrication de Gutta	[illegible]	[illegible]
19 Décembre	obturation ciment 1/6	[illegible]	[illegible]
" "	" amalgam 1/6	[illegible]	[illegible]
" "	" " 1/8	[illegible]	[illegible]
20 "	" amalg. 1/6	[illegible]	[illegible]
20 "	" " 1/8	[illegible]	[illegible]
	" " 1/6	[illegible]	[illegible]
Vendredi 20 Déc. 1901	Note Générale :	Six	[illegible]

AVIS AUX ÉLÈVES. — L'élève doit à la première séance inscrire sur cette carte les divers renseignements concernant le travail qui lui a été confié et le représenter sur le schéma aussi exactement que possible en indiquant l'étendue de l'appareil, le nombre de dents à remplacer par une X, les racines par un angle ^

Les cartes individuelles remises à l'élève à son entrée au laboratoire doivent être rendues au gardien à la sortie avec le visa du Professeur, ou du chef des travaux pratiques ou du démonstrateur de service, ou, en leur absence, au surveillant général.

ratoria en el laboratorio sin el torno, sobre dientes artificiales en caucho blanco vulcanizado, en madera ó en marfil, implantados en bloques de escayola (caries de 1.° y 2.° grados.) Estudio de la forma exterior de los dientes. Reproducción por el dibujo ó esculpidos en cera blanca, en caucho blanco, en madera ó en marfil, de los dientes.

1.ª *lección práctica, 1.ª ficha.* — Dibujo de tres dientes superiores (fig. 2.) 1.° Incisivo superior; 2,° canino superior; 3.° gran molar superior. Reproducción en el encerado por el demostrador. Reproducción sobre el papel por los alumnos. (Indicar á los alumnos en cada sección, que es necesario para el día siguiente inscribir en la pizarra el sumario de la próxima lección práctica para que el alumno pueda prepararse).

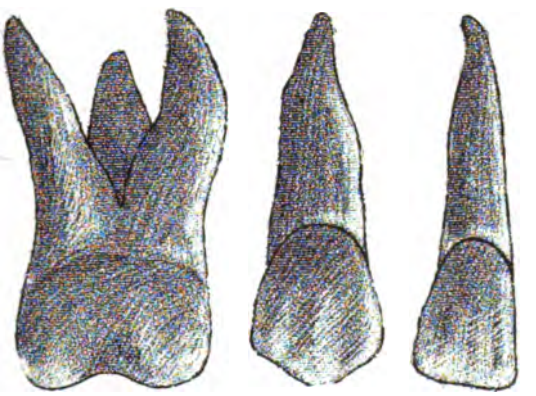


Fig. 2.

2.ª lección práctica, 2.ª ficha. — Dibujo de tres dientes inferiores. Descripción por el demostrador de la forma exterior de tres dientes tipos, á saber: 1.°, un incisivo inferior; 2.°, un canino inferior; 3.°, un gran molar inferior. Insistir sobre los caracteres distintivos y las caras, bordes, fisuras, etc., y lugares más frecuentes de aparación de la caries. Reproducción en el encerado por el demostrador. Reproducción sobre el papel por los alumnos.

3.ª lección, 3.ª ficha.—Reproducción de las diferentes caras de los dientes por el dibujo. Lugar de elección de la caries (figuras 3 y 4.)

4.ª lección práctica, 4.ª ficha.—Dibujo de ocho dientes superiores é inferiores articulados. Descripción por el demostrador

de la cara exterior de la serie de ocho dientes superiores y de ocho inferiores articulados, con sus caracteres distintivos. Dibujo en el encerado por el demostrador (fig. 5 y 6). Reproducción sobre el papel por cada alumno.

5.ª lección práctica, 5.ª ficha.—Reproducción de tres dientes tipo en cera blanca parafinada por el demostrador y después por los alumnos.

6.ª lección práctica, 6.ª ficha.—Reproducción de tres dientes tipos inferiores en cera, por el demostrador y después por los alumnos.

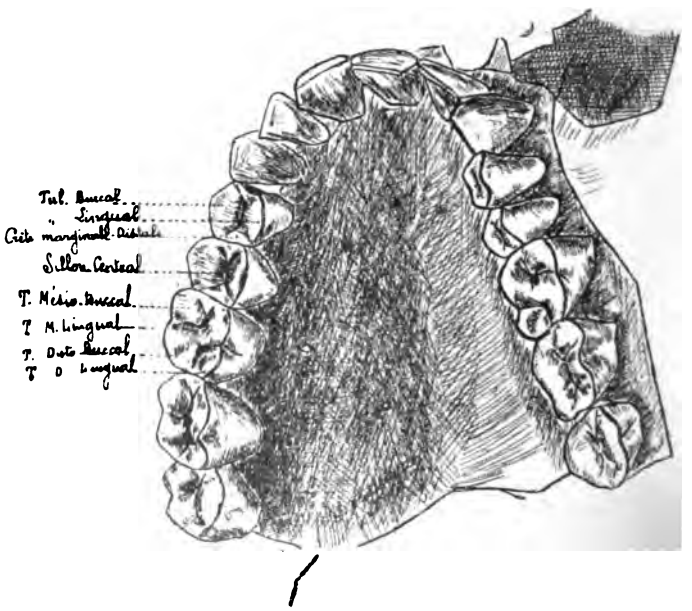


Fig. 3.

7.ª lección práctica, 7.ª ficha.—Remisión á los alumnos por el demostrador de series de 28 dientes en caucho blanco, fijación sobre cera. Pueden darse notas especiales para los trabajos suplementarios de escultura, dientes en caucho, en madera ó en marfil.

Los dientes pueden ser dibujados desde luego y modelados enseguida en cera ó dibujados y modelados á la cera por series, comprendiendo los tres dientes superiores, los tres inferiores y los otros cinco superiores é inferiores. Cuando algunos alumnos hayan terminado los primeros su serie en buenas condiciones,

pueden ser designados como instructores para ayudar á sus compañeros, menos habituados y menos adelantados en el manejo de los instrumentos.

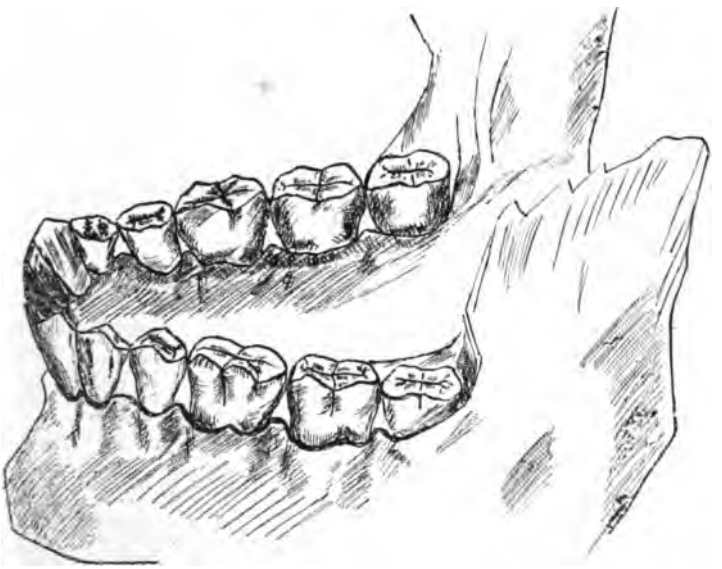


Fig. 4.

Revisión de las primeras lecciones. Nota por el profesor.

8.ª lección práctica. 8.ª ficha.—Reproducción de caries. Descripción por el demostrador de los desórdenes causados por las

Fig. 5.

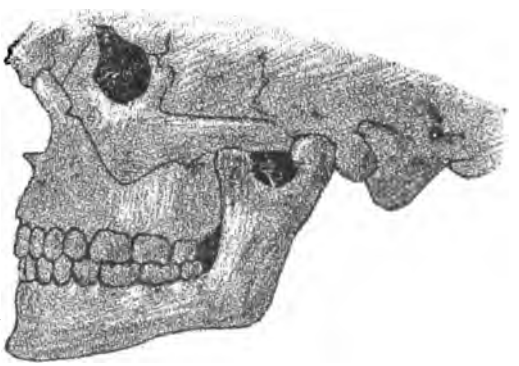


Fig. 6.

caries que el dentista encuentra más frecuentemente sobre los dientes, desde el punto de vista de su situación, de su extensión y de su clasificación.

Tabla de la clasificación de las caries. Reproducción de esta tabla por medio de un dibujo (fig. 7 y 8.)

Reproducción de cavidades simples, centrales, caras trituranles y oclusales, según su sitio y extensión habituales, dibujándolas desde luego.

Reproducción por el demostrador y los alumnos con los excavadores y fresas de mano, sin el empleo del torno, sobre los dientes en caucho vulcanizado que se hayan preparado de antemano, de once tipos de cavidades simples y compuestas (caries de 1.° y de 2.° grados).

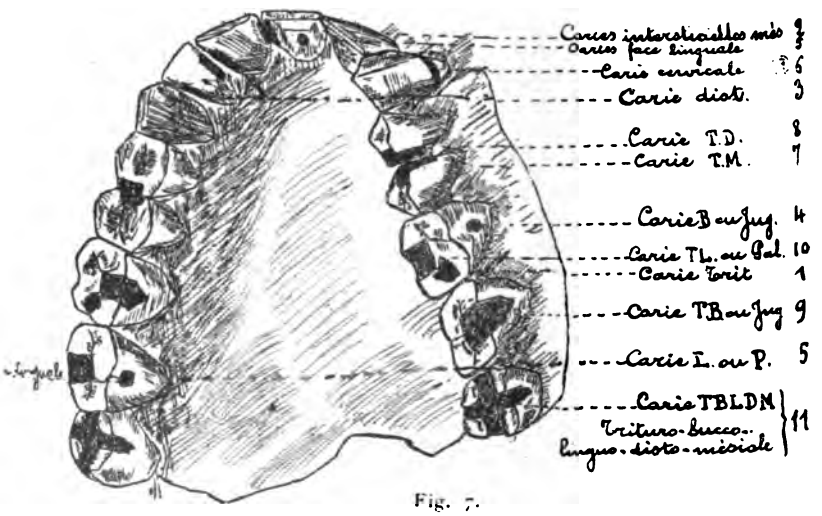


Fig. 7.

Cada clase de cavidad debe de ser reproducida al menos dos veces, una vez del lado derecho y otra del izquierdo, ó sean 22 cavidades.

9.ª lección práctica.—Reproducción de cavidades laterales, intersticiales ó aproximales, labiales y jugales, linguales y palatinas, sobre el mismo bloque, de dientes en caucho vulcanizado.

10ª lección práctica.—Reproducción de cavidades cervicales.

11ª lección práctica.—Reproducción de cavidades compuestas medio-triturantes y disto-triturantes.

12ª lección práctica.—Reproducción de cavidades compuestas, labio ó jugo-triturantes, linguo ó palato-triturantes.

13ª lección práctica.—Reproducción de cavidades compuestas á la vez sobre las caras mesiales, distales, labiales ó jugales, linguales ó palatinas, cervicales ó coronales.

14ª lección práctica, 9.ª ficha.—Indicaciones y demostraciones por el demostrador de las condiciones de preparación de las cavidades para su obturación, según el sitio de la cavidad, su extensión, la substancia empleada y los procedimientos de retención para los materiales plásticos (figs. 10 y 11.)

Indicación y elección de los instrumentos necesarios y modo de empleo.

Preparación para la obturación con materiales plásticos en cavidades centrales triturantes.

15ª lección práctica.—Preparación para la obturación con

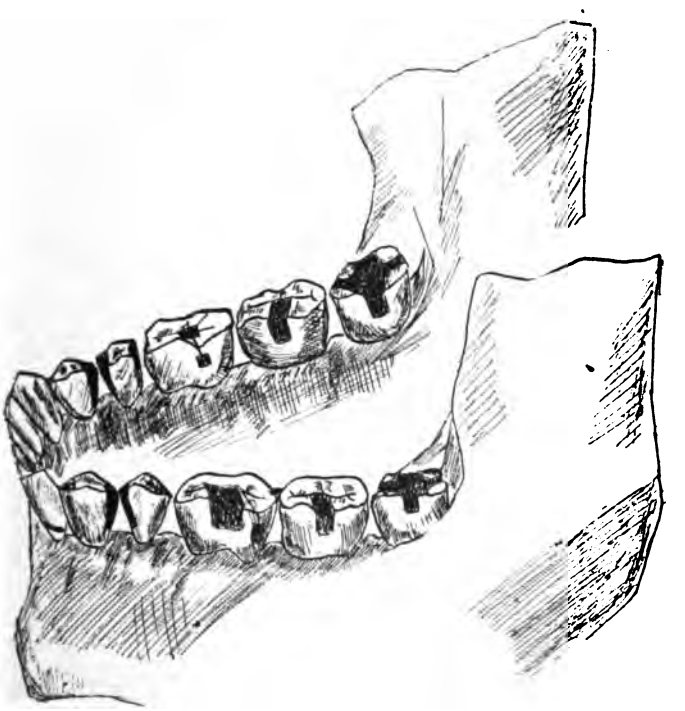


Fig. 8.—Once tipos de caries simples y compuestas.

substancias plásticas de cavidades laterales intersticiales, intersticiales medias, distales, labiales y jugales.

16ª lección práctica.—Preparación de cavidades cervicales.

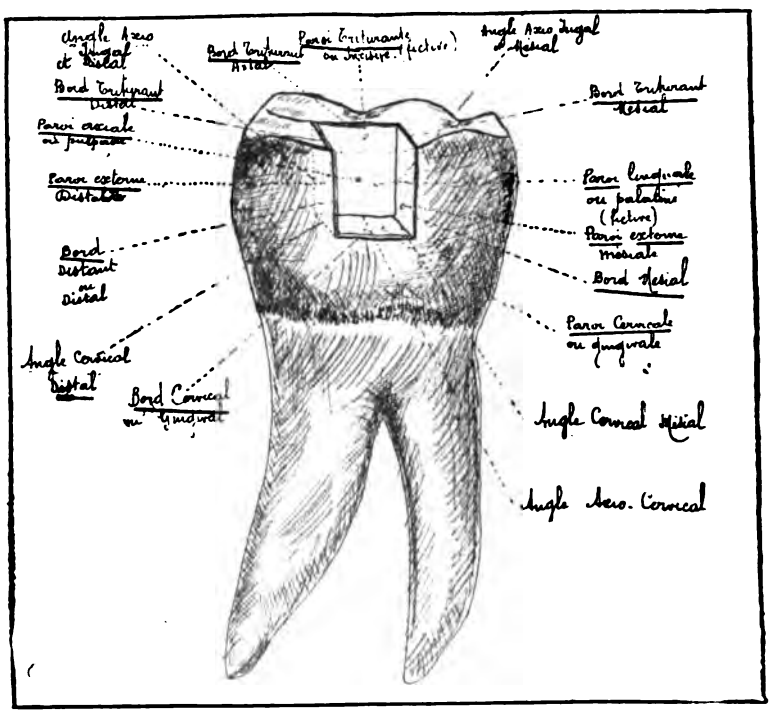
17ª lección práctica.—Preparación de cavidades compuestas, medio-triturantes, disto-triturantes.

18ª lección práctica.—Preparación de cavidades compuestas, ingo-triturantes, lingno-triturantes

19ª lección práctica.—Preparación de cavidades compuestas, medio-disto-jugo-linguo-cérvico-triturantes ó coronales.

El demostrador indica y hace ejecutar los diferentes medios de retención, según las substancias obturatrices empleadas, el sitio y la forma de las cavidades (forma geométrica, ranura, punto de retención, etc.)

20ª lección práctica, 10ª ficha.—Indicación por el demostrador de la elección y modo de empleo de las substancias de ob-



-Fig. 9.

turación. Procedimientos de obturación de cavidades con la gutapercha. Procedimientos de preparación de la gutapercha para usos dentales por el demostrador.

El alumno obturará con gutapercha, por lo menos dos cavidades entre las que él haya preparado en los dientes de caucho.

21ª lección práctica.—El alumno obturará con cemento, por lo menos dos cavidades entre las que él haya preparado en los dientes de caucho.

Procedimientos de obturación de cavidades con cemento.

Procedimientos de preparación de los diferentes cementos por el demostrador; óxido de zinc y cloruro de zinc.

22.ª lección práctica.—El alumno obturará con amalgama, por lo menos tres cavidades entre las que él habrá preparado en los dientes de caucho.

Procedimiento de obturación de cavidades con amalgama.

Procedimientos de preparación de la amalgama por el demostrador.

23.ª lección práctica.— Procedimientos de obturación de cavidades con gutapercha combinada con cemento.

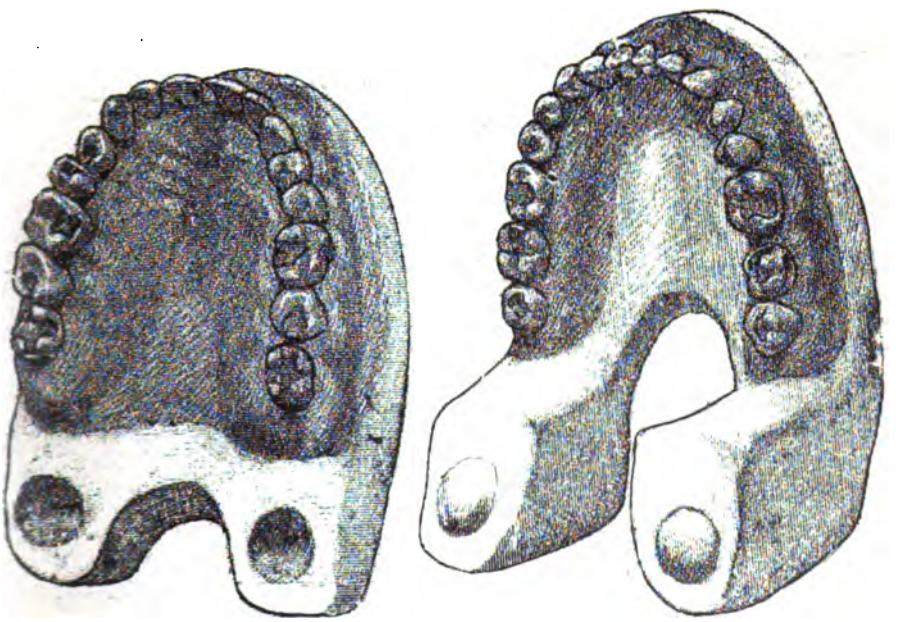


Fig. 10. Fig. 11.

24.ª lección práctica.—Procedimiento de obturación de cavidades con gutapercha combinada con la amalgama.

25.ª lección práctica.—Procedimiento de obturación de cavidades con cemento y amalgama combinados. Pulimento de las diversas obturaciones.

26.ª, 27.ª, 28.ª, 29.ª y 30.ª lecciones prácticas.—Las cinco últimas lecciones pueden ser empleadas por los alumnos que hayan terminado la primera división de trabajos prácticos, en la reproducción y perfeccionamiento de los mismos ejercicios de

preparación y de obturación de cavidades sobre los dientes en madera ó en marfil.

Segunda división.

Cinco semanas, seis lecciones de dos horas por semana, treinta lecciones. Demostraciones y ejercios prácticos de operatoria en el sillón de operaciones sobre el aparato fantasma, con empleo del torno, sobre dientes naturales incrustados en bloques de yeso. Trabajos para el tratamiento y obturación de las caries de 3.° y 4.° grados, empleo de instrumentos, sondas para canales, colocación del dique, etc., torno de fresar, posición del paciente y del operador.

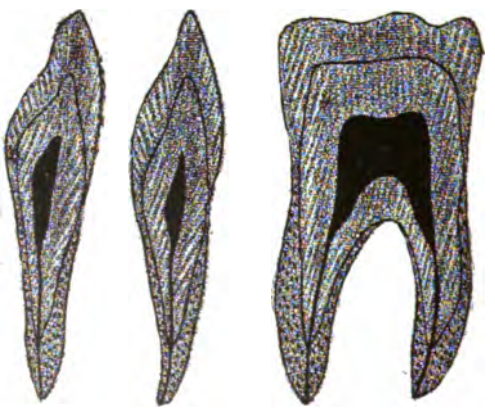


Fig. 12.

31.ª, 32.ª, 33.ª. 34.ª, 35.ª y 36.ª lecciones, 11.ª ficha.—Descripción por el demostrador de la anatomía de tres dientes tipo (esmalte, dentina, cemento, pulpa, ramas vasculo-nerviosas): 1.° Incisivo superior, 2.° canino superior, 3.° gran molar superior.

Descripción sumaria de los desórdenes mecánicos causados por las caries de 3.° y 4.° grados (fig. 12). Reproducción en el encerado por el demostrador y sobre el papel por los alumnos: (fig. 13) 1.° De tres dientes tipo superiores, seccionados verticalmente de manera que puedan mostrarse sus diferentes tejidos; 2.° de tres dientes tipo inferiores preparados en las mismas condiciones; 3.° de la serie de ocho dientes superiores é inferiores así preparados

37ª lección práctica, 12ª ficha.—Preparación sobre dientes naturales colocados en la escayola y en el aparato fantasma de 22 tipos de cavidades de caries de 3.° y 4.° grados con el empleo del torno.

Preparación de cavidades centrales triturantes de tercer grado.

Demostraciones del uso de instrumentos, torno de fresar, etc. Procedimientos para secar y colocación del dique.

38ª y 39ª lecciones prácticas. — Preparación sobre dientes naturales de cavidades laterales, intersticiales, mesiales y distales de 3.° y 4.° grados.

40ª lección práctica.—Preparación de cavidades laterales,

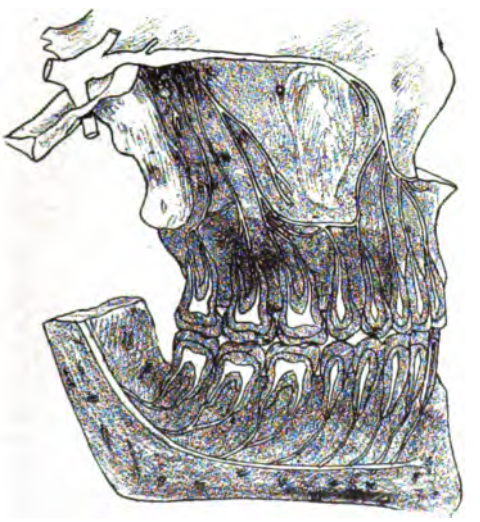


Fig. 13.

labiales ó jugales, linguales ó palatinas de 3.° y 4.° grados.

41ª lección práctica.—Preparación de cavidades cervicales de 3.° y 4.° grados.

42ª lección práctica.—Preparación de cavidades compuestas, medio-triturantes de 3.° y 4.° grados. Preparación de cavidades compuestas disto-triturantes de 3.° y 4.° grados.

43ª lección práctica.—Preparación de cavidades compuestas: Preparación de cavidades labio-triturantes de 3.° y 4.° grados. Preparación de cavidades linguo-triturantes de los mismos grados.

44ª lección práctica.—Preparación de cavidades compuestas

3.° y 4.° grados, distales, mesiales, jugales, cervicales-triturantes ó coronales.

Los dientes naturales así preparados como caries de tercer grado, deberán tener solamente abierta en un punto su cavidad pulpar, dispuesta para el *coiffage* ó para la aplicación del agente caústico para la desvitalización. Los dientes naturales preparados para el cuarto grado, deberán por el contrario tener su cá-

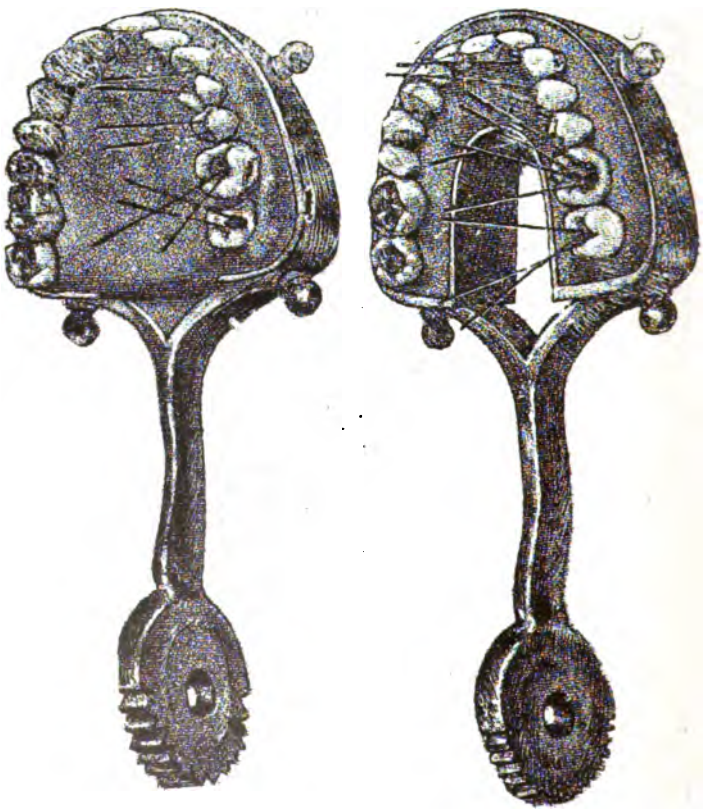


Fig. 14. Fig. 15.

mara pulpar completamente abierta y el diente dispuesto de este modo para el tratamiento antiséptico de los canales.

Los dientes preparados para el tercer grado servirán enseguida para las manipulaciones de la obturación; los dientes preparados para el cuarto grado deberán permanecer abiertos para permitir examinar la preparación de los canales y de las

45ª lección práctica.—Reproducción sobre uno de los dientes naturales preparados para el tercer grado sobre un bloque de escayola montado en el aparato fantasma, de las manipulaciones propias del *coiffage* según las explicaciones del demostrador.

Terminada esta operación, el diente será seccionado en toda su longitud, en presencia del demostrador para que pueda juzgarse el trabajo (figs. 14 y 15).

46ª lección práctica.—Reproducción de las manipulaciones para la desvitalización pulpar, aplicación del ácido arsenioso, ejercicios para aprender la aplicación de los caústicos, terminado lo cual el diente debe de ser seccionado en el sentido de su longitud. Los alumnos deben tener una pequeña farmacia semejante á la que se emplea en la sala de operatoria.

47ª lección práctica.—Reproducción de los trabajos necesarios para la apertura de la cavidad pulpar sobre un gran molar y la extirpación de la pulpa y de los filetes radiculares, con el empleo de tira-nervios y sondas. Ejercicios para aprender á colocar mechas en los canales, tanto las destinadas á quedar en ellos cuanto las dedicadas á limpiarlos ó secarlos.

48ª lección práctica.—Ejercicios para aprender á practicar las curas antisépticas para la limpieza y tratamiento de los cales. El alumno deberá en su preparación dejar en los canales las sondas con las mechas antisépticas. Estas preparaciones podrán hacerse sobre dientes naturales implantados sobre el aparato fantasma colocado en el sillón de operaciones.

49ª lección práctica, 13ª ficha.—Preparación para la obturación de las diferentes cavidades de 3.° y 4.° grados sobre dientes naturales, en las condiciones antedichas. Posición del operador. Manera de emplear los diversos instrumentos necesarios, torno, dique, *clamps*. Diversos procedimientos de retención. Preparación de cavidades centrales triturantes.

50ª lección práctica.—Preparación de las diferentes cavidades laterales, intersticiales, mesiales y distales.

51ª lección práctica.—Preparación de cavidades laterales, labiales ó jugales, linguales ó palatinas.

52ª lección práctica.—Preparación de las diferentes cavidades cervicales.

53ª lección práctica.-Preparación de las diferentes cavidades compuestas: medio-disto-jugo-cérvico-triturantes ó coronales.

54ª y 55ª lección práctica, 14ª ficha.—Indicación por el demostrador de la elección y modo de empleo de las diferentes substancias de obturación para las cavidades con la gutapercha, preparación de la cavidad y empleo de los instrumentos sobre el aparato fantasma. El alumno debe obturar con gutapercha lo menos tres cavidades de dientes naturales preparados.

56ª lección práctica.—Procedimiento de obturación de cavidades con el cemento (tres cavidades).

57ª lección práctica.—Procedimientos de obturación de cavidades con la amalgama.

58ª lección práctica.—Procedimiento de obturación de cavidades con cemento combinado con amalgama.

Nota.—Las lecciones 59 á 70 son transportadas al final de este programa y destinadas á los alumnos de segundo y tercer año, así como á los alumnos doctores en medicina.

Tercera división.

Cuatro semanas, seis lecciones de dos horas por semana, veinte lecciones. Ejercicios de limpieza de los dientes y de extracciones sobre el aparato fantasma. Limpieza: cinco lecciones. Extracción: quince lecciones.

71ª lección práctica, 15ª ficha.—Demostración y ejercicios prácticos para la extirpación del tártaro sobre dientes naturales implantados en los bloques de yeso fijados sobre el aparato fantasma. Empleo de los instrumentos, raspado, pulimento, cepillado, posición del operador y del paciente. Extirpación del tártaro de los dientes de la mandíbula inferior.

72ª lección práctica.—Extirpación del tártaro de los dientes de la mandíbula superior.

73ª lección práctica.—Pulido y cepillado.

74ª y 75ª lecciones prácticas.—Indicación de los procedimientos para levantar el tártaro á lo largo de las raíces bajo la encía. El alumno deberá de prácticar las diferentes manipulaciones de limpieza sobre las mandíbulas artificiales fijadas en el aparato fantasma, conteniendo los dientes en los bloques de yeso y recubiertos de una preparación que simule el tártaro.

76ª lección práctica, 16ª ficha.—Demostración y ejercicios prácticos de extracción de los dientes naturales ó artificiales implantados en los bloques de caucho blando vulcanizado, sobre el cadáver y fijados en el aparato fantasma.

Elección y manera de emplear los diversos instrumentos de extracción. Demostraciones por el demostrador de la extracción de los incisivos superiores y los mismos ejercicios por el alumno.

77ª lección práctica.—Demostración de la extracción de caninos superiores.

78ª lección práctica. — Demostración de la extracción de grandes molares superiores.

79ª lección práctica.—Demostración de la extracción de los incisivos inferiores.

80ª lección práctica.—Demostración de la extracción de caninos inferiores.

81ª lección práctica.— Demostración de la extracción de grandes molares inferiores.

82ª lección práctica.—Demostración de la extracción del primer bicúspide superior.

83ª lección.—Demostración de la extracción del segundo bicúspide superior.

84ª lección.—Demostración de la extracción de bícúspides inferiores.

85ª lección práctica.—Demostración de la extracción de las cordales superiores.

86ª lección práctica.—Demostración de la extracción de las cordales inferiores.

87ª, 88ª, 89ª y 90ª lecciones.—Empleo de los diversos elevadores, lengua de carpa, etc. Ejercicios prácticos para la extracción de raíces y de dientes con los diversos instrumentos empleados al efecto.

El demostrador debe explicar á los alumnos reunidos alrededor del sillón de operaciones en grupos de diez, las diversas manipulaciones de cada operación, la posición del paciente y del operador, la elección de instrumentos, las precauciones antisépticas, ejecutando después la operación, detallando bien los diferentes tiempos y haciéndola repetir á cada alumno hasta terminar la serie.

Las últimas lecciones deberán emplearse en hacer repetir varias veces cada una de estas operaciones á los alumnos, debiendo terminar por un examen de prueba organizado en las condiciones indicadas á continuación:

Pruebas prácticas.—1.° preparación de la cavidad de un

diente con caries de 4.° grado montado sobre el aparato fantasma, con indicación del tratamiento, según el caso dado por el tribunal. Obturación con cemento ó amalgama; 2.°, indicación de las manipulaciones propias de la extracción de un diente designado por el tribunal; 3.°, nota general dada anteriormente por los trabajos prácticos ejecutados en el laboratorio.

El alumno puede consultar para todos estos trabajos el Manual del Cirujano dentista, compuesto de siete volúmenes de diferentes autores y tratando de distintas materias.

(Continuará).

TRABAJOS ORIGINALES

HEMORRAGIAS ALVEOLARES

por M. RAMÓN PAREJA, de Cartagena (Colombia).

Frecuentemente sucede que después de practicada la extracción de un diente, la cantidad de sangre derramada por el alvéolo es mucho mayor que aquella que ordinariamente se evacua en estos casos. ¿Depende este accidente de la violencia del acto, del traumatismo, ó es á causa de la constitución de cada individuo?

Hemos leído opiniones diversas sobre este particular y hemos deducido de ellas, así como de nuestra observación propia, la que presta la clínica diaria, que el accidente de que nos ocupamos obedece sin duda al estado de salud de cada individuo.

Los movimientos impulsados á un forceps al verificar una avulsión dentaria, por muy fuertes que ellos sean y aunque produzcan una fractura alveolar y desgarramiento de las partes blandas que lo rodean, no ocasionan un derrame de sangre que llegue á tomar el nombre de hemorragia, á no ser por un estado patológico del sistema en general y del sistema circulatorio en particular.

La hemorragia alveolar no es un accidente traumático. La mucha sangre que expulsa un alvéolo después de la extracción, tiene un origen que no es de los ramillos dentarios que alimentan los dientes; proviene de las arterias alveolares dentarias superior á inferior, de la infraorbitaria y de la maxilar interna

que penetran por los conductos infraorbitarios y los dentarios interno y externo.

La hemorragia puede evitarse antes de verificar una extracción, debemos hacer un diagnóstico aproximado acerca de la predisposición á ella y aconsejar al enfermo un tratamiento preventivo. Están predispuestos á sufrirla los sujetos de temperamento linfático, de piel pálida y de ojos y cabellos claros.

Puede ocasionarla también la relajación accidental ó deficiencia en los vasos, supresión menstrual, una gran agitación mental y todo aquello que tienda á aumentar ó acelerar la circulación de la sangre, el escorbuto, la anemia, las fiebres palúdicas, etc., etc. Bajo el periodo menstrual y en el estado de embarazo existe la tendencia hemorrágica.

Casos desgraciados se han contado, pero ellos se han debido á dejadez de los enfermos, puesto que una hemorragia alveolar atendida desde su principio y con las indicaciones conocidas para su tratamiento se cohibe. Los medios empleados para cohibirla los expondremos superficialmente: taponamiento alveolar con algodones, hilas, cera, compresión digital, hemostáticos, como acido tánico, percloruro de hierro, licor de Piazza, ergotina, etc., etc. También es muy conveniente el termo-cauterio.

CONFERENCIAS CIENTÍFICAS

TEORÍA DE LAS EXTRACCIONES SEGÚN GODON

por D. JUAN DE OTAOLA (1)

Parodiando á mi querido colega extranjero, puedo decir, que con verdadero placer sacrifico una parte de mi tiempo, de mi corazón y no digo de mi inteligencia, porque es muy corta desgraciadamente, en aras de la odontología y de nuestra querida Sociedad, é inspirado en estos sentimientos me he preparado para entreteneros esta noche un rato hablando sobre la teoría de las extracciones según Godon.

Cuando empecé mi carrera quedé verdaderamente asombrado á la vista de tantos instrumentos destinados para la extracción de los dientes, por el mucho tiempo que necesitaría para familiarizarme con tantos forceps de formas tan distintas y cuyas

(1) Conferencia dada en la Sociedad Odontológica de Vizcaya el

variedades de forma testifican la ingeniosidad de sus inventores, pero hacen suponer que para la ejecución de esta operación hay que vencer grandes dificultades y más en aquel entonces que faltaban por completo indicaciones generales y método.

La extracción, es sin embargo, una operación de mecánica bastante simple, pero no es menos necesario darse cuenta de algunos datos del problema á fin de aplicar la solución más conveniente.

No es siempre suficiente tener en la mano un instrumento y saberlo usar aún con habilidad, es importante también razonar sobre su aplicación; en una palabra, saber como obra cada instrumento de extracción, para escoger, no solamente entre dos formas diferentes, sino también entre dos tipos iniciales diferentes.

En efecto, para toda extracción, lo principal es el escoger el instrumento apropiado al caso y de esto depende en la mayoría de ellos el buen resultado de una avulsión difícil.

De dos medios nos valemos para hacer esta elección: el primero, de orden práctico y el segundo, de orden teórico.

Los de orden práctico son la costumbre y la rutina que se basan en numerosos hechos clínicos; son muy difíciles de adquirir y absolutamente insuficientes por su imprecisión.

Los de orden teórico al contrario, reposan sobre leyes, de fuerzas, de ejemplos y de aplicaciones mecánicas que nos dan una idea precisa.

Es necesario conocer la teoría de la extracción en esta época donde el porqué de las cosas, de cada fenómeno, de cada movimiento, debe tener su aplicación basada en datos absolutamente razonados y científicos.

Esta teoría ó mejor dicho estas teorías, nos enseñan que toda extracción es un problema que hay que resolver teóricamente sobre el cálculo de los diferentes factores que entran en juego, antes de resolverla prácticamente.

Para vencer la resistencia que ofrece el diente á los esfuerzos de la extracción, se necesita aplicar á la extremidad de la palanca empleada, una potencia proporcional á esta resistencia, y como la resistencia es muy variable, según los individuos y la forma de los dientes, la potencia debe variar también en las mismas condiciones; estas variaciones dependen de la longitud

de los brazos de la palanca, del punto de apoyo, de la fuerza muscular del operador, etc., de aquí el número tan grande de instrumentos que figuran en nuestros catálogos.

La mayor parte de los autores que se han ocupado de este asunto, no han dado importancia á lo que acabo de decir y por esta razón la exposición que hacen de la teoría de la extracción aparece confusa é incompleta.

Tomes, es el primero que en 1848 sometió á una discusión los méritos respectivos de la llave y del forceps. Después el ilustre Director de la Escuela Dental de París, Mr. Godon, presenta una notable comunicación á la «Societé d' Odontologie de París», en la que de una manera general comparaba los instrumentos de extracción con una palanca. Al año siguiente termina Mr. Godon este importantísimo trabajo presentándolo al Congreso Dental de Nancy (1897) y cuyas teorías os voy á dar á conocer esta noche.

Muy recientemente, Mr. de Croes presenta un luminoso informe sobre la teoría mecánica de la extracción, rebatiendo algunos puntos de la teoría expuesta por Mr. Godon y que dió lugar á una muy animada discusión en la Sociedad Odontológica de París.

No conozco más trabajos sobre este asunto.

¿Qué es la extracción? La extracción, señores, es una operación que tiene por objeto sacar un diente de su alveolo, por considerarlo nocivo.

El diente se compone de dos partes: corona y raiz y una sola, la raiz, es la que está encajada en su alveolo hasta el cuello; así es, que la acción de la operación gravita solamente sobre la raiz, hay que hacer abstracción completa de la corona, ó mejor dicho, suponer que no existe, por otra parte es lo que sucede en la mayor parte de los casos que se presentan en nuestra práctica, pues casi todos los dientes que se van á extraer están tan sumamente cariados, que la corona casi ha desaparecido.

A este propósito, dice Mr. Godon: «para la explicación de la extracción hay que admitir, que todos los dientes están desprovistos de sus coronas, pues sólo las raices son las que hay que extraer de las mandíbulas».

Por esta razón, los instrumentos mejor hechos son aquellos que están construídos de manera que no toquen las coronas.

Godon define así la operación: «sacar las raices de los alveolos en donde están implantadas».

Estas ráices, generalmente cónicas, están implantadas en los alveolos, que tienen la misma forma, pues sus paredes se amoldan exactamente.

Como ejemplo podemos tomar el premolar inferior cuya forma de raiz se acerca más al tipo normal, un cono regular cuya base está en el borde libre del alveolo.

Los movimientos necesarios para la extracción de una raiz son: primero, colocación del instrumento; segundo, movimiento de palanca para la dislocación de la raiz y tercero, extracción. Estos movimientos se aplican á la extracción de los dientes que tienen una raiz y es regularmente cónica. Pero algunos dientes tienen raices que se diferencian de la forma tomada como tipo; tales son las raices de los incisivos inferiores que son aplanadas lateralmente, las raices de las primeras bicúspides que son bifidas y por último, las raices de los molares que son múltiples. La operación de la extracción es entonces más complicada. Los tres movimientos indicados anteriormente, no bastan para sacar la raiz de su alveolo. Siendo la resistencia más grande, es necesario aumentar la potencia. Se obtiene este resultado cogiendo la raiz de dos lados á la vez por una doble palanca. De este modo la fuerza es más grande para producir la dislocación.

Estas dos palancas cruzadas y unidas por una articulación dan lugar al forceps.

Cada una de las partes del forceps comprende una extremidad aplanada destinada á introducirse entre la raiz y el alvéolo y la otra extremidad forma el mango.

Los dos primeros movimientos citados anteriormente son los mismos con este instrumento, solamente el tercero se transforma en movimiento de tracción.

Este instrumento es una palanca de primer género destinado á hacer una presa sólida. La resistencia está en una de las extremidades (ó boca del instrumento), la potencia en la otra (mango) y el punto de apoyo está sobre la articulación del instrumento.

Se puede disminuir ó aumentar la potencia de este instrumento por medio de modificaciones apropiadas á cada una de las partes de que se compone. Estas modificaciones se pueden hacer sobre la boca del instrumento, sobre el mango y sobre la

articulación. Es evidente que una adaptación perfecta de las bocas del forceps á la periferia de la raíz, como Tomes lo ha comprendido é indicado disminuye la resistencia, permitiendo operar más fácilmente en los tres movimientos necesarios, porque el esfuerzo es mejor utilizado. Ejemplo, los forceps llamados ingleses.

Se comprende igualmente que las diferentes curvaturas que alargan las ramas, alargando los brazos de palanca, aumentan por consecuencia la potencia, necesitando menos fuerza muscular y permitiendo mayor ligereza de la mano. Ejemplo, los forceps americanos.

Las modificaciones en la articulación pueden tener por consecuencia aumentar la fuerza en el punto de apoyo, tales son los forceps pico de halcón, los forceps de bocas paralelas, etc.

Por lo que precede se ve que el forceps es un elevador completo y perfeccionado. Es el instrumento más generalmente empleado para la extracción de los dientes, usándose el botador únicamente en los casos en que el empleo de los forceps es imposible.

De esta explicación resulta que los múltiples instrumentos de extracción se reducen á dos instrumentos tipo:

Primero, el botador ó elevador simple.

Segundo, el elevador doble ó forceps.

En la primera clase entran todos los instrumentos que no tienen acción en la extracción más que en un lado de la raíz. En la segunda se encuentran todos los instrumentos que tienen acción sobre los dos lados de la raíz al mismo tiempo.

Para comprender mejor las aplicaciones teóricas es preciso recordar la teoría de la palanca. Como ejemplo de palanca de primer género citaré la barra del desempedrador, la balanza romana, los alicates, las tijeras. De segundo género, el carro de manos, y de tercer género, el pedal de un torno.

En la extracción, la palanca es el instrumento con la ayuda del cual se trata de vencer la resistencia que ofrece el diente. La resistencia es la fuerza que opone á su salida del alveolo por su forma y sus conexiones naturales. La potencia es la fuerza empleada por el brazo del operador para vencer esta resistencia. El punto de apoyo es el sitio (alveolo, diente contiguo ó el mismo diente) sobre el cual se apoya el instrumento para ejecutar el movimiento necesario.

Los instrumentos de extracción (siguiendo siempre al señor

Godon) pueden ser estudiados mecánicamente bajo tres puntos de vista diferentes. Primero, bajo el punto de vista de su forma y de su modo de acción; segundo, bajo el punto de vista de la elección de punto de apoyo, y tercero, bajo el punto de vista de utilizar mejor la fuerza.

Bajo el punto de vista de su acción, vamos á reducir teóricamente los instrumentos de extracción á tres formas tipos.

El elevador simple (elevador de Coleman, lengua carpa, etc.) obra como una palanca de primer género, como la barra del empedrador al tratar de sacar un adoquín. He de hacer notar que este elevador obra en un solo punto del diente ó en muy poco número de puntos, y este punto deberá ofrecer por consecuencia una gran solidez, porque él solo tiene que soportar todo el esfuerzo de la potencia.

Hay otro elevador de forma particular y cuyo modo de acción es diferente, el botador ó pata de cabra, Este instrumento no toma, al menos en la primera parte de la operación, el punto de apoyo como el elevador simple. Se introduce entre el alveolo y la raíz, obrando, no como una palanca, sino como una cuña. El punto que soporta el esfuerzo de la potencia es el punto del alveolo diametralmente opuesto al punto donde se introduce el botador.

La llave inglesa ó de Garengeot, generalmente abandonada hoy, funciona como una palanca de primer género. El punto de apoyo está en el punto de contacto del paletón con la encía; la potencia en el esfuerzo aplicado á la rama transversal, la resistencia en la punta donde se aplica el gancho. No obrando este instrumento más que en un solo punto del diente, este punto de aplicación de la resistencia debe ofrecer una gran solidez.

Los forceps, que son generalmente los que se emplean hoy, forman una verdadera pinza de dos ramas articuladas; las ramas inferiores ó bocas cogen el diente sobre todo un contorno.

Dos clases de movimientos se hacen para la extracción, en los cuales se toma el punto de apoyo alternativamente sobre una ú otra cara del diente y después al sacarlo el punto de apoyo está en la articulación del instrumento.

Con los forceps, los puntos de aplicación son múltiples por comprender todo el contorno del diente; la resistencia es, por lo tanto menor, y la solidez de cada uno de estos puntos no tiene que ser tan grande como en los instrumentos anteriores.

La elección de punto de apoyo es muy importante, pues la teoría mecánica de la palanca nos enseña que en el uso de este instrumento el punto de apoyo soporta un esfuerzo que es igual á la suma de la potencia y de la resistencia.

El punto de apoyo debe presentar, por lo tanto, una solidez mayor que el punto donde se aplica la resistencia.

Con el elevador simple (lengua de carpa) se toma el punto de apoyo sobre el borde alveolar ó sobre los dientes contiguos.

Es, por lo tanto, necesario que este borde y estos dientes sean bastantes sólidos, si no hay que recurrir á otros medios.

Con la llave, el punto de apoyo es muy diferente, es mucho más sólido y parece mucho mejor que el anterior. En efecto, se toma por medio del paletón un punto de apoyo sobre la parte interna ó externa del maxilar y es el cuerpo del maxilar el que soporta todo el esfuerzo. El punto de apoyo es, en efecto, mucho más sólido y es absolutamente necesario que así sea, porque con la llave, la potencia es más grande que con el elevador y el punto de apoyo es el que tiene que soportar el esfuerzo de esta potencia. Los tejidos gingivales en el punto de apoyo sufren grandes contusiones, y esta es una de las principales razones que han hecho abandonar su empleo.

Con los forceps, el punto de apoyo está colocado de una manera muy diferente. En los movimientos de dislocación se toma un punto de apoyo sobre la parte misma del diente por las bocas y alternativamente sobre una boca ó sobre la otra. Es, por lo tanto, la substancia misma del diente la que debe presentar la resistencia suficiente.

En el caso que el diente no presente bastante solidez sobre sus dos partes interna y externa no se puede hacer uso del forceps, y entonces hay que recurrir á los instrumentos que tienen acción sobre un solo lado de la raiz (elevador, ó al interior obrando como un saca corchos).

Lo que constituye bajo el punto de vista mecánico la superioridad de los forceps actuales sobre los antiguos instrumentos de extracción, no es solamente la elección del punto de apoyo que hace que todo el esfuerzo de la extracción obre sobre el mismo diente sin tocar, por decirlo así, á las partes vecinas, como son alvéolos, dientes contiguos, sino también á la mejor utilización de la potencia.

Bajo el punto de vista de la relación de los brazos de palan-

ca, la teoría nos enseña que las fuerzas están en razón inversa de los brazos de palanca, es decir, que una potencia dada podrá vencer una resistencia tanto más enérgica según que obre á la extremidad de un brazo de palanca más largo.

La ventaja es la siguiente: á potencia igual, con dos ramas más largas la potencia es mejor aprovechada.

Esto es lo que sucede con los forceps llamados americanos.

En veterinaria se emplean para la extracción de los dientes de los caballos, forceps que tienen las ramas muy largas.

En cuanto á la manera como la potencia es mejor aplicada, todos los prácticos saben que hace mucha más fuerza cuando se coge la palanca con toda la mano y se hace un movimiento de rotación del antebrazo como se hace con la llave.

Esto se explica teóricamente por el hecho de que cogiendo la palanca con toda la mano se multiplica el número de puntos de aplicación de la potencia, que obra más eficazmente por que se suman las acciones aplicadas á cada punto.

El mismo razonamiento explica la superioridad de los forceps cuyas bocas se adaptan exactamente á la periferia de la raiz, sobre los otros instrumentos de extracción.

Cogiendo el diente en todo su contorno, se multiplica el número de puntos de aplicación. La potencia se encuentra así aplicada á cada uno de estos puntos y su efecto es múltiple.

Los forceps, bajo el punto de vista de la utilización de la potencia, son los que nos presentan el mayor número de ventajas; su mango se puede coger con toda la mano y sus bocas se adaptan á todo el contorno del cuello del diente.

La llave y los elevadores presentan esta inferioridad de no aplicarse por su extremidad más que en un solo punto del diente, pero la llave da á potencia igual mucha más fuerza que el elevador, porque se coge el mango con toda la mano y su disposición transversal permite un movimiento de torsión del antebrazo para producir todo su efecto.

No está aquí tratado todo lo que al problema de la extracción se refiere, porque el cuerpo del operador, su brazo, el antebrazo y la mano constituyen un sistema de palancas articuladas y por otra parte la cabeza del paciente forma otro sistema de palanca del cual forma parte el diente que se va á extraer.

Para terminar, solo me resta dirigir grandes elogios al doctor Godon, autor de la teoría que os acabo de exponer.

FEDERACIÓN DENTAL INTERNACIONAL

Reunión del Consejo ejecutivo.—Abril, 1904.

En el próximo pasado mes de Abril, tuvo lugar una importante reunión de la F. D. I.

Tomaron en ella parte los Sres. Godon, de París; Cunningham, de Cambridge; Miller, de Berlín; Sauvez, de París, y Aguilar, de Madrid.

El presidente M. Godon hacer saber que la sesión comenzada el sábado 9 de Abril se continuará los días 16, 22 y 26, de suerte que pueda permitir el estudio más completo posible de las cuestiones puestas á la orden del día.

Es aprobada el acta de la reunión del 3 de Enero de 1904.

M. Sauvez da lectura de cartas excusando su asistencia, de los señores Förberg, Hesse, Klingelhöfer y Weiser. M. Förberg pide al Sr. Aguilar le represente.

M. Cunningham da parte de las escusas que M. Grevers, de Amsterdam le ha encargado de presentar al Consejo.

M. Sauvez anuncia que M. Klingelhöfer ha enviado una circular en alemán acerca de una Sociedad de previsión en casos de defunción fundada por los dentistas rusos.

M. Klingelhöfer indica también en su carta que el próximo Congreso nacional ruso, tendrá lugar en San Petersburgo en Julio de 1905, y se decide anunciar estas novedades en el *Boletín de la F. D. I.*

M. Förberg en su carta anuncia que acepta el hacer para el próximo Congreso de San Luis el trabajo sobre la Prensa internacional. Da parte también del fallecimiento del Dr. Sandstedt y de su reemplazo por el Dr. Carl Skogsborg como miembro de Comité nacional sueco y delegado del F. D. I. y al Congreso de San Luis.

M. Godon presenta las pruebas de las reseñas oficiales de la sesión de Madrid.

El Sr. Aguilar, tesorero, da conocimiento del estado de cuentas, que presenta un déficit de 2.200 francos, calculados todos los gastos. La publicación de las actas oficiales podrá hacerse próximamente por 555 francos, lo que produce una deuda de 2.755 francos.

Había sido acordado en la sesión del 3 de Enero que cada miembro del Comité pagara personalmente las deudas de la F. D. I., á lo cual le obligaba sus funciones con el fin de no aumentar el déficit.

Resulta de lo que precede, que el ejercicio de 1904 se saldará con un déficit aproximado de 3.000 francos, comprendiendo la publicación de las actas oficiales del Congreso de Madrid, cuyo déficit será presentado á la Comisión de organización del Congreso de San Luis. Los señores Aguilar, Godon y Sauvez garantizan el pago de esta suma si no se efectúan nuevas entradas.

M. Miller cree que el déficit debe de ser repartido entre los diferentes paises adherentes, si es posible antes de ser presentado al Congreso de San Luis. Se acordó ponerlo en conocimiento de los Comités nacionales.

Organización de la sesión de la F. D. I. en el Congreso de San Luis.

M. Godon propone la resolución siguiente:

«El tercer Congreso en su clausura, nos constituyó en Comisión permanente internacional para el periodo comprendido entre los dos Congresos; en consecuencia, nuestros poderes terminan á partir del día en que se abra el cuarto Congreso. Debemos en la primer sesión del Congreso de San Luis entregar nuestros poderes, nuestros documentos y un resumen sobre lo que hemos hecho, quedando así terminado nuestro papel. Debemos además indicar las condiciones de reorganización y de orientación de la F. D. I. durante su segundo periodo, como ha funcionado durante su primer periodo, como hemos previsto que continuaría, y llevar nuestro proyecto de reglamento. También será conveniente dar á título de indicación. la lista de las personas de los diversos países que han seguido los trabajos de la F. D. I. y que pudieran ser susceptibles de formar parte del nuevo Consejo ejecutivo y de las Comisiones internacionales».

Esta resolución es adoptada.

Con ocasión de las discusiones sobre su papel en el próximo Congreso de San Luis y de los proyectos de reglamento, el Consejo ejecutivo hace la siguiente declaración:

«Los poderes del Consejo ejecutivo concernientes á la organización ó á la preparación del futuro Congreso, estarán limitados á la aceptación ó rechazamiento de las invitaciones presentadas por los diversos paises y á la designación del lugar y de la época en que deba verificarse dicho Congreso. Esta declaración será puesta en conocimiento de las Federaciones nacionales por una circular y por la prensa internacional».

El Consejo pasa enseguida al examen de los estatutos y reglamento de la F. D. I. que han sido dirigidos recientemente á cada uno de los miembros del Consejo ejecutivo, y que previa discusión se han adoptado como figuran en el documento anejo al presente.

M. Cunningham propone que se anexionen al reglamento los votos del tercer Congreso dental internacional de París de 1900.

Es adoptada esta proposición.

M. Förberg en su carta dirigida al Consejo, hace una observación al artículo 6.º referente á los adherentes libres.

Después de una discusión, se decide que estos adherentes no tengan derecho al voto.

Relativamente al art. 10, M. Cunningham hace observar que el número de 50 miembros le parece exagerado á causa de las dificultades de lengua y de complicaciones para las reuniones anuales.

Proposiciones diversas.—Apropósito del Congreso de San Luis, M. Cunningham propone que sea bien decidido que el Secretario general entregue á la apertura del Congreso los diversos papeles y documentación concerniente á la F. D. I. durante los cinco años transcurridos y un resumen sobre los trabajos ejecutados en este tiempo, así como las indicaciones sobre la orientación que debe darse al segundo periodo de la F. D. I. y sobre su organización futura.

Se adopta esta proposición.

Acerca de la trasmisión de poderes de la Federación en el Congreso de San Luis, M. Miller presenta la siguiente:

«El Consejo ejecutivo invita á la Comisión de organización del Congreso de San Luis á constituir una Comisión especial internacional llamada de la F. D. I., teniendo poder para recibir nuestra documentación y con la misión de hacer un informe antes de la clausura del Congreso de San Luis, sobre el primer periodo de ejercicio y sobre la utilidad ó inutilidad de un segundo periodo de la F. D. I. entre el 4.° y 5.° Congreso Dental Internacional, así como sobre las condiciones de organización y de funcionamiento de este segundo período, el Congreso está llamado á deliberar en Asamblea general». Esta proposición es aprobada.

La próxima reunión del Consejo ejecutivo tendrá lugar el 27 de Agosto de 1904 en San Luis. La Junta directiva podrá en caso necesario organizar otra reunión anterior.

El Secretario general,
DR. E. SAUVEZ.

Proyecto de estatutos y de reglamento de la Federación Dental Internacional.

A someter al 4.° Congreso dental internacional de San Luis.

ESTATUTOS

Art. 1.° La Federación dental internacional, es una Asociación ó unión universal de Federaciones dentales nacionales y de Sociedades dentales que den á ella su adhesión.

Art. 2.—Tiene por título el de FEDERACIÓN DENTAL INTERNACIONAL, y en abreviatura F. D. I.

Art. 3.—La Federación dental internacional es la Comisión permanente internacional, sirviendo de lazo entre los Congresos dentales internacionales.

Art. 4.—Está administrada por un Consejo ejecutivo compuesto de Delegados representantes de los diversos paises. Este Consejo organiza las diversas comisiones juzgadas útiles para facilitar el progreso del arte dental. Es al mismo tiempo un Comité consultivo internacional dental.

Art. 5.—La F. D. I. se reune en Asamblea general con ocasión de los Congresos dentales internacionales.

Art. 6.—El Consejo ejecutivo y las Comisiones se reunirán todos los años.

PROYECTO DE REGLAMENTO

Art. 1.°—La Federación Dental Internacional, constituida por la unión de los Comités nacionales formados en vista del tercer Congreso

dental internacional de París, ha sido creada en conformidad con los votos 11 y 12 emitidos por la Asamblea general de clausura del 14 de Agosto de 1900 de dicho Congreso.

Art. 2.—La Federación tiene por fin:

A) El aceptar ó rechazar las invitaciones hechas por los diversos paises, para tener un Congreso Dental Internacional regular; la fijación del lugar y la fecha de este Congreso.

B) El mantener y aumentar los lazos de unión entre los diversos Comités nacionales y las Sociedades unas entre otras.

C) La organización de las diversas Comisiones internacionales que juzgue útil crear.

D) De una manera general, la organización de todo lo que pueda contribuir al progreso de la ciencia odontológica en el mundo entero.

Art. 3.—La Federación dental internacional, se compone:

A) De todos los Comités nacionales constituídos en vista del Congreso dental Internacional de 1900 ó de sus sucesores.

B) De las Federaciones ó Sociedades adherentes á los Congresos dentales internacionales aceptando este reglamento ó enviando su adhesión.

C) De las Sociedades ó Federaciones de Sociedades que envíen su adhesión á los presentes estatutos y reglamento y sean aceptados por el Consejo ejecutivo.

Art. 4.—Las Federaciones nacionales de Sociedades, ó en su defecto las Sociedades que desean formar parte de la F. D. I., deben enviar su adhesión á los presentes estatutos y reglamento. Esta adhesión es examinada por el Consejo ejecutivo que acuerda la admisión.

Art. 5.—La Asamblea general de la F. D. I., compuesta de los delegados de las diversas Federaciones ó Sociedades, se reune en las épocas de los Congresos dentales internacionales. Puede ser reunida por el Consejo ejecutivo en asamblea extraordinaria en caso de necesidad.

Art. 6.—El Consejo ejecutivo podrá admitir como miembros de la Federación:

1.° Miembros regularmente delegados por las Sociedades.

2.° Miembros honorarios.

3.° Miembros adherentes libres á la F. D. I., habiendo sido miembros de un Congreso dental internacional.

Art. 7.—El orden del día de estas reuniones es fijado por el Consejo ejecutivo. Versará sobre las proposiciones que emanen, sean de las Federaciones dentales nacionales, ó en su defecto de las Sociedades, sea del Consejo ejecutivo y será comunicado á las Federaciones ó Sociedades participantes, por lo menos con un mes de anticipación.

Art. 8.—El voto tiene lugar por delegación regular. Bajo la demanda de dos representantes por lo menos de dos Federaciones, el voto tiene lugar por Federación.

Art. 9.—Las reuniones anuales del Consejo ejecutivo y de sus Comisiones, son reglamentadas por los artículos precedentes.

Art. 10.—La F. D. I. está representada por un Consejo ejecutivo compuesto como sigue:

1.° Cincuenta miembros titulares escogidos por el Congreso, á razón de un miembro por cada país adherente como mínimo, y de cinco como máximo.

2.° En caso de vacante por dimisión, defunción ú otra cualquier causa, el Consejo pide á la nación representada la provisión de la plaza vacante.

Los poderes del Consejo expiran á la apertura de cada Congreso dental internacional.

Art. 11.—El Consejo está administrado por una Junta ó Comisión permanente de nueve miembros, á saber:

1.° Un presidente. 2.° Tres vicepresidentes. 3.° Un Secretario general. 4.° Tres secretarios. 5.° Un tesorero.

La Junta del Consejo forma parte de derecho de todas las Comisiones y las dirige hasta la constitución de su propia Junta.

Art. 12.—El Consejo ejecutivo tiene por mision:

A) Velar por el cumplimiento del Reglamento de la Federación.

B) Aceptar ó rechazar las invitaciones para las reuniones internacionales anuales y los Congresos dentales internacionales y de fijar el lugar y la fecha de estas reuniones.

C) Reunir las diversas Comisiones internacionales.

D) Proseguir la ejecución de las decisiones tomadas por la F. D. I.

E) Examinar las proposiciones ó resoluciones que le sean sometidas por los Comités nacionales, Federaciones ó Sociedades.

El Consejo tendrá á las diversas Federaciones dentales nacionales al corriente de sus trabajos por el *Boletín del Consejo ejecutivo de la F. D. I.* que publica en cuatro lenguas.

Art. 13.—El Consejo nombra las diversas Comisiones especiales que le parezcan necesarias. Comisión de la enseñanza dental. Comisión de la higiene y servicios dentales públicos. Comisión de la prensa dental internacional. Comisión de Jurisprudencia profesional, etc.

Art. 14.—Los gastos de la F. D. I. son sufragados en todos los casos por partes iguales entre las Federaciones ó Sociedades adherentes. Los excedentes se destinarán á la caja del Congreso dental internacional siguiente. El Consejo ejecutivo somete sus cuentas á cada Congreso dental internacional.

Art. 16.—Los recursos de la F. D. I. están constituídos:

1.° Por las suscripciones ó subvenciones de los Gobiernos, Federaciones Sociedades adherentes ó individualidades.

2.° Por las cotizaciones anuales de sus miembros que serán:

Para los miembros del Consejo ejecutivo, de 50 francos.

Para los miembros de las Comisiones, de 25 francos.

Para los miembros honorarios ó libres, de 25 francos.

3.° Por los excedentes de las cajas de los Congresos dentales internacionales.

Art. 16.—El presente reglamento es adoptado para el período comprendido entre dos Congresos dentales internacionales regulares. Puede ser revisado por el Congreso siguiente.

Votos adoptados por el tercer Congreso dental internacional de París, 1900 en la Asamblea general del 14 de Agosto.

11.—Que se cree una Federación dental internacional.

12.—Que los Comités nacionales formados en vista del Congreso actual continúen y constituyan la Federación dental Internacional.

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Sección de Odontología y Estomatología

DÍA 29 DE ABRIL

CUARTA REUNIÓN DE LA SECCIÓN

SALA B

(Conclusión.)

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL TRATAMIENTO DE LA CARIES DE SEGUNDO GRADO

por el Dr. L. Nux (Toulouse).

Los recientes trabajos de M. Mendel Joseph sobre la fase parapulpar de la caries dentaria y los de M. Choquet sobre la esterilización de la dentina, han llamado de nuevo la atención de los dentistas sobre el tratamiento de los segundos grados.

Estos dos autores han descripto minuciosamente la técnica operatoria del *coiffage* y de la esterilización de la pared dentinal que separa la cavidad cariada de la pulpa. Por esto no insistiré yo sobre este particular. Estoy completamente de acuerdo con M. Mendel Joseph cuando dice que podrían conservarse más pulpas si se tuviera cuidado de tomar las precauciones necesarias para hacer volver á la pulpa á su estado normal antes de hacer el *coiffage*. Sin estas precauciones se corre el riesgo de obtener malos resultados, y es, en suma, á esta falta de cuidados á los que se debe el descrédito en que ha caído este método de tratamiento.

Yo quisiera, sin embargo, llamar la atención sobre un hecho clínico que he notado frecuentemente en mi práctica, y que consiste en la irritabilidad pulpar que presentan ciertos dientes en los que se ha practicado esta operación, aún cuando las condiciones en que se había hecho la obturación parecían sin embargo muy favorables.

Citaré, por ejemplo, un diente que jamás había causado sensación alguna á los agentes térmicos. Preparada la cavidad y hecha una detenida exploración con una sonda, no existía la menor perforación en la dentina y fué obturada á los dos ó tres días con gutapercha. Transcurridos unos días sin dolor alguno se podía teóricamente obturar el diente sin temor de accidentes.

Sin embargo de lo cual, no es raro al cabo de un mes ó dos aparecer en el diente gran sensibilidad al calor y al frío y causar después dolores suficientes para aconsejar la desvitalización pulpar. Esto parece demostrar que la sensibilidad pulpar varía según los individuos y que no es raro ver personas con pulpas al descubierto que no han sentido el menor dolor en su diente. Es por tanto muy probable que la pulpa en tales condiciones expuesta, y en contacto inmediato con la cavidad cariada esté enferma, por lo menos superficialmente. Se puede suponer que en las personas que presentan tal insensibilidad pulpar, una pulpa recubierta de una delgada capa de dentina podrá ser atacada en la superficie por penetración microbiana sin que los fenómenos dolorosos puedan preverse. La infección podrá verificarse por los canalículos, y desgraciadamente la pared parecerá no presentar ninguna entrada aparente que pueda contraindicar la conservación de la pulpa.

Habiendo podido observar frecuentemente este estado de cosas y desconfiando poder obtener resultados por el recubrimiento y perder el tiempo á pesar de tener numerosos cuidados, he ensayado diversos procedimientos para llegar á saber cuando debe conservarse la pulpa ó cuando proceder á su desvitalización.

La cavidad bien limpia mecánicamente hasta la dentina dura y lavada con agua oxigenada, impregno una bolita de algodón en esencia de clavo y la mojo enseguida en una solución espesa de cloropercha. Esta bolita es introducida en la cavidad y fuertemente apretada y protegida por un segundo tapón barnizado. Si la solución puede penetrar á través de la dentina, se produce un dolor que aparece casi inmediatamente ó á los pocos minutos y que va aumentando como resultado de la compresión de la pulpa por los líquidos del apósito. Convencido entonces de la permeabilidad dentinal, quito los algodones y lavo la cavidad con cloroformo para disolver la gutapercha y coloco un cáustico.

Si por el contrario la pulpa no acusa esta sensibilidad, espero dos ó tres días, obturo después con gutapercha ordinaria que dejo cinco ó seis, transcurridos los cuales hago la obturación definitiva.

Este procedimiento, que empleo desde hace tiempo, me da los mejores resultados y por eso os lo participo, porque estimo que en nuestra profesión la pérdida de tiempo es una cosa muy apreciable y que es muy sensible tratar durante varios días de conservar una pulpa que nos vemos obligados á destruir después.

He aquí, en efecto, lo que pasa en la mayor parte de los casos tratados por los procedimientos ordinariamente empleados; la pulpa parece sana, indolora, insensible al frío y al calor, se la va á conservar; se hace una primera cura, el cliente vuelve, no ha sufrido nada, se coloca otro algodón más apretado, nada de dolor; se obtura con gutapercha, el cliente no acusa dolor, pero acusa una ligera tensión, una molestia poco apreciable en su diente. Se espera todavía y el dolor aumenta, viéndose en la necesidad de practicar la desvitalización, habiéndose perdido dos ó tres sesiones para no hacer nada.

También ocurre que el paciente no acusa molestia alguna, se obtura la cavidad, y al cabo de quince días ó un mes sobreviene la irritación pulpar con la sensibilidad al frío y al calor.

Según los hechos que he podido observar, yo creo que hay un periodo durante el cual las fibrillas de la pared dentinal destruídas hay una sub-inflamación de la pulpa, indolora algunas veces, que se manifiesta por un exudado poco aparente que proviene de la destrucción de las fibrillas de los microbios. Este exudado es más ó menos abundante, y es lo que á mi juicio explica la diferencia de duración en la aparición de la irritabilidad pulpar después de la obturación provisional.

En unos casos el dolor aparece á las veinticuatro horas, y en otros tarda más tiempo, y sin embargo, en todos la pulpa está indolora antes de la obturación, por lo cual se la debía considerar teóricamente sana.

De este hecho debemos deducir que en presencia de una pared dentinal dura y aun en ausencia de todo dolor, no podemos estar clínicamente seguros de que la pulpa está sana.

En los tratamientos propuestos, M. Mendel Joseph nos indica el yeso de alabastro unido al guayacol como dando resul-

tados excelentes. Piensa hacer así un apósito impermeable y no compresivo. La impermeabilidad del alabastro es dudosa y pudiera suceder muy bien que por el contrario su porosidad ayudara á la curación absorbiendo los exudados de que hablamos antes mientras que el guayacol ejercía sus propiedades antisépticas.

Los procedimientos de perfecta esterilización dentinal de M. Choquet parecen ser perfectos, más en el caso que nos ocupa, estando la dentina perfectamente esterilizada, si la pulpa se halla enferma bajo aquella, es dudoso que se obtengan buenos resultados.

Tenemos también el método esclerógeno, indicado recientemente por el Dr. Robin, del cual no poseemos todavía bastante experiencia, pero creemos que puede dar buenos resultados, estando diametralmente opuesto en su acción á los procedimientos conservadores de la pulpa. La presencia del formol en una cavidad de segundo grado puede obrar de tres maneras; bien dejando la pulpa sana durante un tiempo más ó menos largo, bien produciendo una esclerosis superficial ó bien produciéndola completa.

En el primer caso será perfecto, en el segundo se obtendrá un resultado apreciable si llegan á fijar los elementos celulares de la superficie de la pulpa por ser precisamente donde se encuentra la zona perjudicial para la futura conservación de la pulpa. En el caso de esclorosis total, si por un lado pueden ser buenos los resultados permitiendo conservar una pulpa muerta perderá en cambio el diente su coloración. Pero repito que no he experimentado este procedimiento lo suficiente para saber si los resultados que se pueden obtener son tan buenos como parecen ser teóricamente.

Volviendo al lado práctico de la cuestión, debemos sobre todo preocuparnos de los medios que nos permitan operar rápidamente de manera durable y eficaz, y el procedimiento que he indicado me ha dado hasta el día excelentes resultados y me ha evitado mucha pérdida de tiempo á causa de su rapidez de acción.

Me congratulo al comunicarlo pensando que podrá prestar á mis compañeros positivos servicios en los casos dudosos que he citado.

Se podrá objetar quizá que ciertas pulpas que yo he desvi-

talizado según las indicaciones que me ha dado el procedimiento que acabo de describir tal vez hubieran podido ser conservadas, pero yo estimo que con los tratamientos que actualmente poseemos para la caries de tercer grado, podemos estar seguros de los resultados para no retroceder ante la mortificación de la pulpa si las probabilidades de conservación no nos parecen favorables de una manera absoluta.

Discusión.

Dr. Schwartz.—El método que propone el Dr. Nux lo encuentro muy práctico y he de experimentarlo, es muy sencillo y expedito.

Dr. Robinson—Es un escrito el trabajo del Dr. Nux admirable y demuestra cuán cuidadosamente observa á sus clientes.

Hopewell Smith, catedrático de bacteriología é histología en Londres, enseñó en 1900 una sección con cortes demostrando que la infiamación de la pulpa era siempre consecutiva, especialmente cuando era debida por caries de segundo grado, por tal estado de congestión que había pocas esperanzas de salvarla, y las fibrillas dentinales aparecen estar invadidas por una masa de microbios. Por consiguiente, creía que después de toda inflamación el medio más seguro era destruir la pulpa. El doctor Choquet, por el contrario, cree que puede esterilizarse la dentina con alcohol seguido de medicamentos. Entiendo que el tratamiento del Dr. Nux es ante todo muy humanitario y hace todo lo posible para salvar el diente; todos sabemos que un diente vivo vale más que uno muerto, pero en caso de inflamaciones el mejor tratamiento es destruir la pulpa.

Dr. Nux.—Doy las gracias á los Dres. Schwartz y Robinson por sus apreciaciones.

DISCURSO DE CLAUSURA DEL DR. CHOMPRET.

Señores: Tengo el pesar de anunciaros que hemos celebrado nuestra última sesión, pero antes de separarnos deseo hacer presente el mas profundo agradecimiento en vuestro nombre y en el mío propio á todos los organizadores del Congreso y muy especialmente á los de nuestra sección; gracias á ellos ésta ha sido la mejor organizada, la más numerosa y la más envidiable de

todas las secciones del Congreso de Medicina. Gracias, sobre todo, á nuestro querido amigo Florestán Aguilar, el alma de nuestra sección, que nos ha demostrado perfectamente lo que el trabajo, la buena voluntad y la actividad puestas al servicio de la inteligencia pueden hacer en toda circunstancia; él quedará entre todos como el prototipo del perfecto Secretario general.

Quedamos también igualmente obligados al Presidente, los Vicepresidentes, los Secretarios y á todos los miembros del Comité, que tan bien han sabido cumplir con el difícil trabajo de preparar esta Sección de modo tan brillante en todas sus numerosas y variadas ruedas.

Las mismas manifestaciones hacemos, por último, á todos los compañeros españoles, que después de dispensarnos una calurosa acogida nos han agasajado con toda clase de espléndidas fiestas sabiendo hermanar así lo útil con lo agradable. Lo han hecho de modo, que nuestra sección ha sido verdaderamente privilegiada y envidiada de todos los congresistas.

El bello país de España ha reunido aquí miembros de todos lados del universo; todos hemos trabajado y pasado juntos excelentes ratos, y yo espero que todos nos encontraremos en el XV Congreso Internacional. Hijos de padres diferentes, más de una misma madre, *la Medicina*, nos reuniremos bajo su égida y encontraremos en su seno la unión y la concordia necesarias para el progreso de nuestra especialidad. Esto es por lo que yo termino, señores, exclamando: ¡Viva la Medicina! ¡Viva la Estomatología! ¡Viva la Odontología!

«GARDEN PARTY» EN LOS JARDINES DE PALACIO

Esta fiesta, celebrada en honor á los Congresistas, resultó tan regia como era de esperar. Los amplios jardines de Palacio fueron abiertos para esta agradable reunión, en donde los Reyes recibieron celebridades extranjeras y nacionales, muchas de las cuales merecieron los honores de la presentación. Amplias mesas, repartidas en diferentes sitios de los jardines, servían para disfrutar del espléndido lunch con que se obsequiaba y diferentes músicas amenizaron la estancia de tres horas en aquellos hermosos jardines. De tan hermosa fiesta se guardará gratísimo recuerdo.

DÍA 30 DE ABRIL

SESIÓN DE CLAUSURA DEL CONGRESO

Se celebró en el Paraninfo de la Universidad.

Hablaron los Delegados extranjeros, y el Dr. Calleja, Presidente del Congreso de Medicina, pronunció un elocuente discurso lleno de frases entusiastas para todas las naciones concurrentes, y terminado con un ¡Viva España! recibido entre atronadores aplausos.

El Secretario general, Dr. Fernández Caro, dijo que el Congreso había acordado conferir el premio de 5.000 francos concedido por la Municipalidad de Moscow al Dr. Metchnikoff, del Instituto Pasteur, de París, y el de París al Dr. Grassi, de Roma, acuerdos que fueron acogidos con grandes aplausos.

Fueron aprobadas las conclusiones generales votadas por las Secciones.

Se dió cuenta del acuerdo de celebrar el XV Congreso Internacional de Medicina en Lisboa, en la primavera de 1906, acuerdo recibido entre aplausos y con la marcha real portuguesa, ejecutada por una banda militar que concurrió al acto.

Se dió también cuenta de los nombramientos de los doctores Costa y Bombarda para Presidente y Secretario respectivamente de dicho Congreso.

El Dr. Costa felicitó á España por el éxito del Congreso recientemente celebrado y dijo que esperaba ver reunidos en el próximo á todos los sabios del mundo.

El Dr. Calleja dió por terminadas las tareas del *XIV Congreso Internacional de Medicina.*

EXÁMENES DE ODONTÓLOGOS

El 20 y 21 de Mayo pasado se verificaron los exámenes de alumnos oficiales de Odontología y Prótesis en San Carlos. En ambas asignaturas se presentaron los Sres. D. Bernardino Landete y D. Ricardo Berenguer, que merecieron: el primero, la calificación de sobresaliente en las dos, y el segundo la de aprobado en Odontología y sobresaliente en Prótesis.

Alumnos no oficiales solamente se ha presentado uno, el señor D. Manuel Simó, calificado de aprobado en las dos asignaturas, quedando por tanto todos estos señores con aptitud legal para verificar los exámenes de reválida. El tribunal de Odontología lo han compuesto los Sres. Guedea, Pérez Zúñiga y Aguilar, y el de Prótesis, los Sres. Giménez, Loza y Cuzzani.

Peligros de las inyecciones de parafina.—(De *La Clínica Moderna.)*

Su empleo con fin estético presenta inconvenientes más ó menos serios. Entre otros hechos cuyas consecuencias fueron malas, apunto el siguiente:

Un individuo, con la nariz hundida, solicitó las inyecciones hipodérmicas de parafina; hecha una inyección, pidió otra, por haber quedado algo deprimido el lado derecho. Huord y Holden se valieron de una mezcla de parafina y vaselina simple, de consistencia semisólida. No tardó en aparecer un edema en la punta de la nariz, á la par que disminuía el poder visual en el ojo derecho. El oftalmoscopio reveló una embolia de la rama descendente de la arteria central de la retina.

***

Cambio de carácter en el curso de una evolución dental.—(De la *Gazette Médicale de París).*

M. Demouchy hace en la revista citada la observación de un niño que presentado gran agitación, grandes crisis nerviosas, accesos de cólera y de violencia, apenas contestaba á toda interrogación más que con secas y duras palabras y á veces con verdaderas injurias, habiéndose dado el diagnóstico de meningitis con un pronóstico fatal. En realidad, el estado mental estaba bajo la dependencia de un trismus con gran infección bucal, sobrevenido con ocasión de la evolución del molar de los seis años. El tratamiento de la infección bucal permitió triunfar rápidamente del trismus y el estado mental desapareció.

***

Esofagotomía externa para la extracción de un aparato protésico. —(De la *Gazette Médicale de París).*

Trátase de un hombre que llevaba desde hace siete años un aparato protésico con el cual dormía y una noche fué despertado con un acceso de violenta tos que al principio no supo á que atribuir. Notó sin embargo la falta de su dentadura, y comenzó á buscarla creyendo que se le habría caído en la cama. Al día siguiente, al desayunarse, sintió grandes molestias en el pecho que le obligaron á consultar á su médico.

Se hicieron varias radiografías sin resultado alguno, y el médico para extraer dicho aparato, se vió obligado á practicar la esofagotomía externa con sutura completa del esófago.

*
* *

De las manifestaciones bucales de la neurastenia.—(Del *Dental Cosmos).*

La neurastenia es susceptible en sus principios de provocar también trastornos de cierto género en la cavidad bucal. Las secreciones se disminuyen siendo modificadas enseguida. Las encías y los dientes frecuentemente acusan sensibilidad excesiva, sin que haya el menor aspecto de gingivitis ó de otras lesiones que expliquen esta hiperestesia. Por último, y aunque menos frecuentemente que los anteriores fenómenos, los músculos masticatorios presentan cierta paralización que impide un normal funcionamiento.

*
* *

Un nuevo anestésico local.—(De *L'Odontologie).*

M. Fourneau, en una de las sesiones últimamente celebradas en la Academia de Medicina de París, ha presentado una serie de cuerpos poseyendo propiedades anestésicas. Entre ellos, es el más interesante el clorhidrato de amileina que presenta grandes propiedades anestésicas. Su toxicidad es pequeña, inferior en una mitad á la de la cocaína, y posee una acción ligeramente vaso-dilatadora. Los ensayos hechos por los doctores Reclus, Chaput, Lapersonne y Sauvez, parecen ser muy favorables al empleo de este cuerpo para las operaciones, tanto de cirugía general como especial.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 17 de Junio de 1904

Se abre á las diez y media bajo la presidencia del Sr. Aguilar y con la asistencia de buen número de socios.

Se lee y aprueba el acta de la anterior.

Despacho de Secretaría.

El Secretario general lee una comunicación del Círculo Odontológico de Cataluña referente á un concurso de premios organizado por dicha corporación y á los donantes de los premios. Se lee otra comunicación de la Sociedad Malacitana participando la constitución de la nueva Junta directiva y dirigiendo un saludo á la Sociedad. Se da cuenta de una carta del Sr. Ortiz, de Lisboa, haciendo una consulta profesional, y el Sr. Losada toma la palabra para discutir el asunto. Después de oído dicho señor, se acuerda se encargue él mismo de contestar en nombre de la Sociedad al Sr. Ortiz.

Son admitidos como socios corresponsales los Sres. D. Fernando Guijo, de Córdoba, y D. Cándido Muñoz Gómez, de Plasencia.

Renovación de cargos.

Se pasa á la elección de cargos vacantes de la Junta directiva por corresponderles salir á los señores Presidente, Tesorero y un Vocal, y antes toma la palabra el Presidente saliente Sr. Aguilar para recomendar á la Sociedad se inspire en la justicia y recompense con sus votos á aquellas personas que más se hayan distinguido por sus trabajos, entusiasmos y adhesión á la corporación. Hace presente que la Junta directiva reunida antes de abrirse la sesión, inspirándose en estos principios, ha acordado recomendar la candidatura de los Sres. D. Bernardo Sánchez para presidente, López Alonso para tesorero, y Brito para vocal.

Se suspende la sesión por unos minutos, transcurridos los cuales se hace la votación por papeletas, dando el siguiente resultado.

Presidente: Sr. Losada, 9 votos; Sr. Sánchez, 8.

Tesorero: Sr. López Alonso, 11 votos; Sr. Serrano, 7; señor Pérez (D. Tirso), 1.

Vocal: Sr. Brito, 10 votos; Sr. Salces, 8; Sr. García Megías 1.

Quedan proclamados para dichos cargos los Sres. Losada, López Alonso y Brito, y ocupa la presidencia el Sr. Losada, quien dirige la palabra á la Sociedad dando las gracias, haciendo grandes promesas de poner á contribución todo su esfuerzo para el mayor brillo de la misma, de quien promete ser fiel mandatario y dedicando algunas palabras al presidente saliente.

El *Sr. Sanchez* (D. Bernardo) se congratula de las promesas del Sr. Losada y se lamenta de que no se haya desplegado mayor actividad por parte de este señor en el asunto del ejercicio de los extranjeros en España, tratado en las primeras sesiones del curso.

El *Sr. Losada* toma la palabra para sincerarse de este cargo, haciendo ver las circunstancias ajenas á su voluntad que lo han impedido.

El *Sr. Pérez* (D. Tirso) hace notar que por el pase á Tesorería del Sr. López Alonso queda vacante la Secretaría de actas, y considera que es necesario que se complete y proclame la nueva Junta.

El *Sr. Presidente* recomienda la candidatura del Sr. Salces para este cargo.

El *Sr. Salces* da las gracias y suplica á la Sociedad no acepte su candidatura, fundándose en la falta de tiempo para el buen desempeño de dicho puesto.

Se procede á la elección de Secretario de actas, dando el siguiente resultado:

Sr. Pérez (D. Tirso), 8 votos; Serrano, 5; Porras, 2 y dos papeletas en blanco.

Se proclama á D. Tirso Pérez y este señor pronuncia elocuentes palabras de agradecimiento, pero renunciando el honor irrevocablemente.

En vista de esto el Sr. Presidente propone ocupe el cargo el Sr. Serrano que le sigue en número de votos, y así se acuerda.

Queda proclamado el Sr. Serrano.

Ocurriendo algunas dudas sobre cual de los dos señores vocales era el que le tocaba salir, se acuerda que la suerte lo decida, correspondiéndole al Sr. García Megías, que deja su puesto al Sr. Brito.

El *Sr. Pérez* (D. Vicente) propone un voto de gracias al señor Aguilar por su acertada gestión durante el largo tiempo que ha ejercido el cargo de Presidente, y así lo acuerda la Sociedad.

El *Sr. Martínez Vargas* propone que por las mismas razones se obsequie con un banquete al Presidente saliente Sr. Aguilar.

El *Sr. Aguilar* da las gracias á dichos señores y á la Sociedad por el voto de gracias levantándose la sesión á las doce y media.

Sesión del 5 de Julio.

Bajo la presidencia del Sr. Losada celebróse la última sesión del curso con asistencia de abundantes socios.

Acta.

Se dió lectura al acta de la anterior y fué aprobada con dos ligeras modificaciones pedidas por el Sr. Aguilar, haciéndose solidario el Sr. López Alonso de estos errores por haber sido levantada dicha acta por él siendo aún Secretario.

Contestación al Sr. Ortiz

El *Sr. Losada* dió lectura á una carta contestación á la del Sr. Ortiz de que hacemos mención en la reseña de la sesión anterior y en cumplimiento del encargo que la Sociedad le dió. La carta en cuestión es aprobada y á petición del señor Aguilar se acuerda se haga constar en ella que leída ante la Sociedad ésta aprueba sus términos, dándole así caracter oficial.

Incidentes de práctica profesional.

Se abre la discusión sobre los incidentes de la práctica profesional, y toma la palabra D. Tirso Pérez para tratar de la acción que sobre la pulpa ejercen los cementos en las caries de segundo grado, acción que él considera nula, fundándose en que unidos el óxido y el cloruro de zinc pierden éstos su poder sobre la pulpa. Esta teoría, sostenida con gran entusiasmo en su rectificación, no convenció á los Sres. Losada y Aguilar, que brillantemente y muy de acuerdo contendieron en el debate, sosteniendo la teoría de este poder irritante de los cementos, sus causas y medios para evitarlo.

El *Sr. Sánchez* (D. Bernardo) habló también con gran acierto sobre el particular, exponiendo los medios de aislar dicho material de la dentina.

Dimisiones y elecciones de cargos.

Terminado este asunto, el Sr. Presidente da cuenta de dos dimisiones recibidas con caracter irrevocable, la del Sr. Subirana de Secretario general y la del Sr. López Alonso del de Tesorero. De ambas, dice que la Junta directiva en sesión reciente acordó admitirlas dado su caracter, y propone á la Sociedad se verifique la elección de estos dos cargos. Antes hace grandes elogios de la gestión de D. Tirso Pérez durante el tiempo que ha ejercido el cargo de tesorero.

Se suspende la sesión durante unos minutos para verificar la elección, y hecha ésta, resultan con mayoría el Sr. López Alonso para Secretario general, y el Sr. Pérez Márquez (don Vicente) para Tesorero.

El *Sr. López Alonso* da las gracias y dice, que no obstante su parecer de que no debía ocupar puesto alguno en la Junta, para dar lugar á que nuevas personalidades participaran de ellos, lo acepta, defiriendo á los deseos de la Sociedad para con él demostrados ya en tres elecciones, y prometiendo poner todo su empeño en la comisión conferida.

Quedando vacante el puesto de Contador por pase á Tesorería de D. Vicente Pérez se procede á la elección, resultando elegido para dicho cargo el Sr. García Megías, que da las gracias en breves pero expresivas palabras.

Cuentas de Tesorería.

Para rendir cuentas de Tesorería según precepto reglamentario, toma la palabra D. Tirso Pérez, que es á quien corresponde por haberla desempeñado durante el curso último. Dichas cuentas arrojan una existencia en caja de 2.130 pesetas, cuyo detalle explica el Sr. Pérez, congratulándose del estado floreciente de la Sociedad, debido al esfuerzo de todos y pronunciando frases llenas de entusiasmo y amor por la colectividad.

El *Sr. López Alonso* hace resaltar en breves palabras la concienzuda labor de D. Tirso Pérez, que ha tenido ocasión de observar mejor que nadie por haber desempeñado el cargo, brevísimo tiempo, pero lo suficiente para apreciar la admirable gestión de dicho señor, cuya ausencia del cargo lamenta, aunque á la vez se congratula de la acertada elección recaida en D. Vicente Pérez, de quien á su juicio debe esperar la Sociedad desempeñe el cargo con la fe y el interés que este señor pone en todos sus deberes.

El *Sr. Sánchez* (D. Bernardo), pide un voto de gracias para todos los señores que recientemente han dejado sus cargos, que es concedido por unanimidad.

Aprobación del Reglamento.

El *Sr. Presidente*, creyendo que urge antes de terminar el curso dejar aprobado el nuevo Reglamento, propone se termine este asunto si la Sociedad así lo acuerda.

Entre los señores de la ponencia (García Megías y López Alonso), el Sr. Aguilar y la presidencia surge un debate sobre los datos y notas que se tomaron de la discusión del articulado, y como el examen de dichas notas sería muy largo y han transcurrido las horas reglamentarias, se acuerda pasen á examen de los ponentes para resolver el asunto en los principios del curso próximo.

A las doce y media y previas unas corteses palabras del Presidente dando por terminadas las tareas del curso 1903-904, se levantó la sesión.

ACADEMIA Y LABORATORIO DE CIENCIAS MÉDICAS DE CATALUÑA

SECCIÓN DE ODONTOLOGÍA

Por motivos diversos existían en Barcelona valiosos elementos profesionales dispersos y alejados de la asociación, reprensentando una suma importante de energías que se esterilizaban en el aislamiento.

Nuestros buenos amigos Sres. Meifren hijo y Pons se impusieron la tarea de formar una nueva agrupación odontológica, pudiendo conseguir las adhesiones de importantes personalidades dentales de la Ciudad Condal. Teniendo en cuenta la suma de progresos realizados en nuestra profesión, y que ya puede figurar dignamente al lado de cualquier especialidad, la nueva agrupación ha entrado á formar parte de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, constituyendo la Sección Odontológica de la misma. Forman parte de dicha sección los Sres. Bau, Boniquet, Bofill, Costa (Ricardo), Calpe, Damians, Meifren (padre), Meifren (hijo), Montgomery Pons (R.) Pons (E. y Trallero.

La Junta directiva ha quedado elegida en la siguiente forma:

Presidente, D. Adolfo Damians.

Vocal-Tesorero, D. Ricardo Costa.

Secretario, D. Ramón Pons.

La nueva Asociación ha oficiado su constitución á las demás de España y ofrecido su concurso á los fines de las Sociedades hermanas.—*El Corresponsal*, S. CALPE.

DOS BANQUETES

Terminadas las tareas del curso de la Sociedad Odontológica Española, y verificada como en otro lugar de este número veran nuestros lectores, la renovación anual de cargos, varios socios iniciaron la idea de dar un banquete al Presidente saliente Sr. Aguilar, como justo homenaje á su laboriosidad y desvelos demostrados durante el largo tiempo que desempeñó tan alto puesto.

Tuvo la idea excelente acogida, y en la noche del 22 del próximo pasado Junio tuvo lugar dicha comida en el restaurant del café inglés con numerosa asistencia de comensales, entre los que vimos personalidades tan salientes en la profesión como los Sres. Sánchez, Losada, Subirana, Tirso Pérez, Vicente Pérez, Brito, Megías, Alberdi, Rodríguez, Mon, Martínez Vargas, López Pujalte y otros varios que no recordamos en este momento.

Como nota dominante, reinó una fraternidad y un entusiasmo extraordinario, y se pronunciaron brindis elocuentes, algunos de verdadera importancia profesional, recordando la labor fecunda de la colectividad á que pertenecían los comensales.

Si tenemos espacio en uno de nuestros próximos números hablaremos más despacio de estos brindis.

*
* *

También el 23 del mismo mes, el nuevo Presidente D. Jaime D. Losada dió una comida en su casa á la que invitó á todos los socios que concurrieron á la sesión en que se verificó la renovación de cargos. En la mesa, presidida por la distinguida señora de nuestro querido colega, tomaron asiento entre otros los señores Aguilar, Vicente Pérez, Salces, Nogués, López Pujalte, Martínez Vargas, López Alonso, Rodríguez, García Me-

gías, Mon y Sánchez. Algunos señores que no pudieron asistir por tener ocupaciones ineludibles, enviaron su adhesión.

Se hizo conversación amena, reinó el mismo compañerismo que en la otra fiesta y al final el Sr. D. Benito Rodríguez tuvo frases afectuosas para los dueños de la casa y para la profesión, que fueron contestadas por el Sr. Losada, diciendo que su mayor satisfacción era ver reunidos en su casa á compañeros tan queridos y lamentándose de que la falta de local le hubiera impedido hacer la invitación extensiva á todos los socios de la Odontológica española.

Compañia Dental Española

Junta general de Accionistas.

El día 8 del corriente tuvo lugar en el local de la Compañía Dental Española la anual Junta general de accionistas para examinar el balance de cuentas del año 1903-1904. Asistieron los Sres. Highlands, Aguilar, Sánchez, Pérez (D. Vicente), Subirana, López Alonso y Horma.

El balance y la memoria adjunta merecieron la aprobación de todos los reunidos, que acordaron un voto de gracias á la Junta de Administración por su acertada gestión y mutuamente se felicitaron del próspero estado de la Compañía.

Se acordó repartir un dividendo á las acciones del 20 por 100; se verificó el sorteo para la amortización de las obligaciones, resultando amortizadas las terminadas en 8.

Verificada la elección de cargos de la Junta de Administración, resultaron reelegidos los Sres. Highlands y Aguilar como Presidente y Secretario-depositario respectivamente, y elegidos como vocales los Sres. D. Bernardo Sánchez y D. Vicente Pérez.

En nuestro número próximo publicaremos la memoria y el resumen del balance según costumbre de todos los años.

RECETAS Y CONSEJOS

Modo de evitar la adhesión del cemento muy blando á los instrumentos. —Untar el instrumento con ácido fosfórico antes de ponerlo en contacto con el cemento.—(A. M. Waas, *Dental Review.*)

Modo de quitar las manchas de nitrato de plata de los dedos.—Mojar los dedos en una mezcla de ocho partes de sulfato de cobre, dos partes de ácido clorhídrico y noventa partes de agua. Después lavárselos en una disolución de hiposulfito de sodio y enjuagárselos en agua. En casos de cortes ó grietas diluir el ácido aún más.—(*Western Druggist*).

Método para facilitar el desprendimiento de las coronas de oro.—Pintando el interior de las coronas con cloropercha, facilita mucho el poderlas desprender en caso de accidentes. — (DR. RICHARDS, *Dental Review*).

Estimulantes contraindicados para hemorragias.—Es una buena regla general el no dar cognac ú otros estimulantes á una persona cuando se esté desangrando, porque puede aumentar la hemorragia y la excitación de la persona. Evítese dar el estimulante hasta que haya cesado la hemorragia y para entonces, con frecuencia resulta innecesario.—(*Interun. Jom. of Surg.*)

Método para desoxidar los instrumentos.—Pónganse durante la noche en una disolución de cloruro de zinc á saturación. El óxido desaparece por reducción. Lávense con agua caliente, colóquense en una disolución de jabón y sosa y séquense. Después se pulimentan con alcohol absoluto y tiza.—(*Pacific Medical Record.*)

Tratamiento de la estomatitis de los tuberculosos.—Para calmar el dolor y descongestionar la mucosa bucal, Petit emplea la siguiente fórmula:

Biborato de sosa.	4	gramos
Clorhidrato de sosa	4	»
Agua destilada	100	»

Una cucharada de café en un vaso de agua hervida. Aconseja no introducir jamás alcohol en la fórmula.

Desde que el período de inflamación es reemplazado por las ulceraciones, se tocan estas con

Ioduro de potasio.	1	gramo
Glicerina / Agua de cal } aa	11	«

(De *La Clínica Moderna*).

Compostura de moldes rotos.—El celuloide disuelto en partes iguales de eter y espíritu de alcanfor, forma un cemento muy útil para componer moldes rotos.

La humedad no penetra por la línea de unión, y los moldes compuestos en dicha forma pueden soportar las manipulaciones de empaquetado en la cajuela y prensado en el proceso de vulcanización.—S. M. WEEKS *Dental Cosmos.*)

Rellenos de canales de raíces.—Mézclense perfectamente en un mortero tres partes de óxido de zinc y una de ácido tánico. Echese en un

tarro de boca ancha y añádasele creosota suficiente para humedecerla bien. Empléese el polvo corriente de óxido de zinc de nuestros cementos, molido bastante, y una creosota muy fría, tal como la de Merk.

Nunca he visto que vuelva á reproducirse ningún absceso cuando las raices hayan sido rellenas con este material.—(D. L. LTINE *Dental Summary.*)

Incrustaciones sin matriz.—Para tomar la impresión utilizo cera de pegar, ablandándola antes de forzarla en la cavidad. De esta impresión hago un molde en sílice molido (pero que el polvo no esté muy fino) una parte para cinco de yeso.

Cúbrase el reverso con sílice líquido muy fino, y déjese durante veinticuatro horas antes de poner la porcelana en el molde, séquese éste perfectamente, caliéntese y prosígase en la forma usual. La incrustación se cubrirá de sílice en la sochapa y el frente de porcelana sin dejar espacio entre la incrustación y el diente.—*(Dental Cosmos).*

Tratamiento del síncope.—Desde hace mucho tiempo, el Dr. Capitán usa dos fórmulas en los diversos síncopes, sea en inhalación directa con el frasco aproximado á la nariz ó echando de 15 á 20 gotas en un pañuelo.

Alcohol	aa. 5 gramos.
Eter	
Cloroformo	
Mentol	1 gramo.
Amoniaco	XX gotas.

O:

Alcohol	10 gramos.
Eter	5 »
Mentol	1 »
Acido acético crist	L gotas.
Piridina	2 gramos.

Se puede también aumentar notablemente las dosis de amoniaco, de ácido acético y de piridina.

Por estas inhalaciones se obtiene una excitación viva de las mucosas nasales y también oculares y siempre ha parecido excelente el efecto.—(DR. CAPITÁN, de la *Semana Médica de Buenos Aires*).

Jabón dentífrico al árnica.

Carbonato de cal	90
Jabón de Marsella	30
Fosfato de cal	15
Tintura de árnica	15
Glicerina	30
Agua de rosas	c. s.
Solución de carmín	c. s. para colorear.
Esencia de menta	10 gotas.
Esencia de sasafrás	15 »

(De *La Independencia Médica*).

Un antiséptico muy útil.—Un antiséptico para uso dental no escarótico ni irritante ni tóxico y que no descolora los dientes ni tiene mal olor, se hace echando en una botella de tres onzas de cabida, dos onzas de ácido carbólico líquido puro, habiendo echado antes en la botella partes iguales de alcanfor, mentol y timol. La disolución completa tendrá lugar á los tres ó cuatro días. Debe añadirse más mentol, alcanfor y timol hasta que el ácido carbólico esté á saturación. Guárdese en una botella de color muy obscuro con un tapón de cristal que ajuste bien. Resulta muy útil para el tratamiento de abscesos crónicos, y para alivio de pulpitis y de dolores después de las extracciones.—(BERNARD BRUNETTE, *Dental Record).*

HOJAS SUELTAS

Sociedad Odontológica Española. Nueva Junta directiva.—La nueva Junta directiva de la Sociedad Odontológica Española ha quedado constituída en la siguiente forma:

Presidente, D. Jaime D. Losada; Vicepresidente, D. Bernardo Sánchez; Secretario general, D. Arturo López Alonso; Secretario de actas, D. Rafael Serrano; Tesorero, D. Vicente Pérez Márquez; Contador, don Eusebio García Megías; Vocales, D. Manuel Mon y D. Delfín Brito.

De viaje.—Nuestro querido amigo el Sr. Pérez Cano, ha salido para Extremadura con objeto de reponer sus gastadas fuerzas en los trabajos profesionales, por los que siempre se muestra tan entusiasta. Le deseamos lo pase muy bien regresando con su objeto cumplido.

Matrimonio.—Lo ha contraído nuestro compañero de Gandía D. José Torres Domingo con Doña Encarnación Bellot Espí. Les deseamos mil felicidades en su nuevo estado.

Pésame.—Nuestro querido amigo y compañero D. Manuel Palacios, de Durango, sufrió el día 16 del pasado Junio la desgracia de perder á su señora madre.

Ya sabe nuestro estimado amigo lo que en esta casa se le quiere, y que por lo tanto sus desgracias las sentimos como cosa propia. Reciba, pues, la expresión de un sentimiento tan hondo como sincero, y tenga la resignación necesaria para sobrellevar tan rudo golpe.

Revista útil.—Lo será seguramente una en proyecto, cuya aparición se anuncia para Octubre próximo. Nos referimos á la titulada *Le Laboratoire*, que bajo la dirección de B. Platschick se publicará en París desde la indicada fecha.

Especializando dentro de la especialidad, dicho señor se propone llenar una verdadera laguna con una publicación que tratando únicamente el importantísimo brazo de la Prótesis dental, constituya un elemento eminentemente práctico que lleve á todas partes los adelantos y procedimientos nuevos, ayudando de este modo á formar buenos mecánicos de que nuestra profesión se encuentra hoy positivamente necesitada.

Encontramos feliz la idea y auguramos—y este es nuestro deseo—un positivo éxito al nuevo colega.

LA ODONTOLOGIA

Año XIII | Agosto 1904 | Número 8.

RADIOLOGÍA DENTAL

por PAUL GUYE (Geneve). (1)

Poco tiempo después del sensacional descubrimiento de Roentgen, el Dr. W. J. Morton en un trabajo presentado el 24 de Abril de 1896 á la Sociedad Odontológica de New York, llamaba la atención del mundo dental sobre los servicios que podía prestar á los dentistas la nueva modalidad de la energía eléctrica que acababa de hacer su aparición. Desde esta época varios experimentadores de todos los países, pero más especialmente de los Estados Unidos, se ocuparon de la cuestión é hicieron notables progresos.

Aunque estos trabajos fueron acogidos con atención, hay que reconocer que aún hoy en la práctica dental el empleo de los rayos X se considera como una curiosidad ó una rareza. Reconociendo por mi parte la importancia de la cuestión, he creido un deber aportar aquí una modesta contribución á su vulgarización, y excluyendo toda consideración teórica, mostrar de qué manera un servicio radiológico puede ser instalado en todo gabinete dental moderno y la ayuda inapreciable que al práctico podrá prestar.

Producción de los rayos X.—Los rayos de Roentgen, como todos saben, son producidos por descargas eléctricas á alta tensión en el vacío al millonésimo de la ampolla de Crookes.

No está todavía fijado el modo de transformación de la energía eléctrica en radiaciones de Roentgen, pero en atención á que los físicos no se hallan de acuerdo, nosotros nos contentaremos con utilizar los buenos resultados adquiridos empíricamente, que es por otra parte lo que se ha debido de hacer con todas las otras aplicaciones de la electricidad.

Lo ideal sería poder accionar una ampolla de Crookes por medio de la corriente eléctrica de una distribución urbana, á

(1) Trabajo presentado á la Sección XII del XIV Congreso de Medicina

semejanza de una lámpara incandescente, pero aún hoy tenemos que renunciar á esta simplicidad y recurrir á un aparato costoso y complicado.

Podemos producir los rayos X por medio de tres aparatos diferentes, cada uno de ellos con sus ventajas é inconvenientes: la máquina estática, la bobina de Tesla y la bobina de Rhumkorff.

La máquina estática tiene numerosos partidarios y conviene particularmente á los que no disponen más que de corriente alternativa, más difícil de utilizar directamente que la corriente contínua de 110 voltios. Es suficiente con exclusión de todo otro aparato accesorio, poseer una máquina estática de grandes dimensiones con varias planchas girando sobre bolas, y permitiendo grandes velocidades y unir la ampolla á los dos polos de esta máquina, para obtener muy buenos resultados. A falta de un motor hidráulico, eléctrico ú otro cualquiera, se podrá poner en marcha con una manivela ó por medio de unos pedales, como los de una bicicleta.

La máquina estática tiene la ventaja de dar sobre la pantalla una imágen muy fija que se presta muy bien á la radioscopia y de no destruir con facilidad las ampollas, pero sus inconvenientes son todavía numerosos, y sus efectos son incontestablemente menos poderosos que los que producen las fuertes bobinas accionadas por interruptores-turbinas á mercurio ó los interruptores eléctricos de Wehnelt, de Caldwell, ú otros similares. La limpieza muy importante de los diversos órganos de la máquina estática antes de ser puesta en funcionamiento, toma mucho tiempo y no siempre funcionan bien, sobre todo en tiempo húmedo.

La bobina de Tesla, no obstante los buenos resultados que ha dado, parece que tiene el inconveniente de ser muy ruidosa y de poner rápidamente fuera de uso los tubos de Crookes. Su empleo no se ha introducido en la práctica corriente.

La gran mayoría de los autores están de acuerdo hoy, para preconizar la bobina de Rhumkorff de 35 centímetros de chispa por lo menos, instrumento resistente y siempre dispuesto para funcionar, sin requerir limpiezas especiales y á pesar de la humedad y la lluvia.

Fuentes de corriente.—En cuanto á las fuentes de corriente por medio de las cuales pueda accionar una bobina, se podrá

recurrir á las pilas, á los acumuladores y á las distribuciones eléctricas urbanas.

Las pilas necesitan tanto tiempo, tantos cuidados, y los inconvenientes que presentan son tan numerosos que hacen que no sea muy empleado este antiguo medio. También los acumuladores, aunque preferibles á las pilas exigen mucha atención y experiencia, si se quiere que siempre estén en buen estado de funcionamento y no se deterioren rápidamente. Además, esta solución lleva consigo elevados gastos de instalación en el caso que se la hiciera marchar sobre interruptor electrolítico, que es lo más sencillo, pues es necesario un centenar de voltios y por consecuencia cincuenta elementos de acumuladores.

Siempre que pueda contarse con una canalización eléctrica cualquiera se renunciará á las pilas y á los acumuladores, tomando de ella la corriente. La corriente contínua de 110 voltios es la que mejor se adapta á todas las necesidades y permite lo mayor latitud en la elección de interruptor. Se puede con esta corriente recurrir á los diversos modelos de interruptores mecánicos movidos por motor (modelos Contremoulins-Gaiffe y Schickelé-Maury), á las turbinas á mercurio de Boas, á los diversos interruptores rotativos (modelos Max Lévy y otros), así como al interruptor electrolítico (modelos Wehnelt y Caldwell).

Se podrá recurrir al interruptor electrolítico de Wehnelt que funciona directamente y obra como enderezador de la corriente. Esta es la solución á que me he sujetado por el momento, y no obstante algunos inconvenientes, obtengo buenos resultados.

Sería preferible enderezar la corriente alternativa por medio de un motor-dinamo, pero esta es una combinación muy costosa, porque de una parte la adquisición de un grupo motor-dinamo constituye un gasto muy elevado, y de otra parte, no siempre rinde buenos servicios para aparatos de poca fuerza. Hay pérdida en el motor y pérdida en el dinamo, sin contar las pérdidas importantes que se observan en el reostato y en el interruptor y que se producen en todos los casos.

Ultimamente se han introducido enderezadores de corriente que están basados sobre la propiedad conocida desde largo tiempo, que posee el aluminio sumergido en un electrolítico, de oponer una gran resistencia á una corriente dirigida en un sen-

válvulas electrolíticas ó llaves eléctricas como han sido llamadas, funcionan bien y probablemente podrán prestar buenos servicios, cuando su precio sea más abordable.

Interruptores.—Además de los que he mencionado existen ciertos interruptores construídos especialmente para la corriente alterna. Citaré el del profesor Villard que intercepta una fase de la alternativa y la transforma en corriente enderezada é intermitente y la turbina á mercurio para corriente alternativa de la Allgemeine Elektricitats Gesellschaft que funciona tan bien que los constructores afirman que los resultados son superiores á los que se obtienen con la corriente contínua. No he hecho experiencias sobre este punto.

De todos estos aparatos el más aceptado en la actualidad y que no obstante algunos inconvenientes, permite la mejor utilización de las bobinas, es el interruptor electrolítico de Wehnelt que funciona sobre todas las corrientes. Está constituído simplemente por una cubeta llena de agua acidulada en la cual se sumerjen dos electrodos, uno positivo en platino y otro negativo en plomo. Se producen al nivel del electrodo de platino fenómenos de calefacción con abundante desprendimiento de gases que ya interceptan, ya dejan pasar la corriente. Estas interrupciones pueden repetirse un gran número de veces por segundo, lo que permite una utilización intensiva de las bobinas y provoca una abundante formación de rayos X.

El interruptor Caldwell no es más que una modificación del de Wehnelt. Está constituído por dos cubetas llenas de agua acidulada y separadas por un tabique de porcelana horadada con uno ó varios agujeros pequeños, al nivel de los cuales se producen los mismos fenómenos antes descriptos. En cada una de las cubetas va un electrodo en plomo.

Varios autores recomiendan con entusiasmo el Caldwell por estar desprovisto de varios de los inconvenientes del Wehnelt, sobre todo el gran consumo de corriente y el rápido desgaste del electrodo positivo de platino. Sin embargo, no dirige la corriente alternativa como el de Wehnelt y no puede por consiguiente ser utilizado más que sobre la contínua.

Varios inconvenientes se señalan á los interruptores electrolíticos, referentes sobre todo á la pronta utilización de los tubos que no hayan sido construídos expresamente para este uso y al calentamiento rápido del líquido, pero estos inconvenientes

pierden mucha de su importancia en un gabinete de radiología dental que no funciona más que durante un tiempo muy limitado.

Con el Wehnelt sobre la alternativa, será indispensable si no se quieren deteriorar pronto los tubos, detener las descargas inversas de la bobina ó corrientes de cierre, más débiles que las otras, pero sin embargo menos molestas.

Esto puede operarse intercalando en el circuito secundario un detonador regulable cuya resistencia será calculada para interceptar estas corrientes inversas, dejando pasar las que circulan en el sentido deseado. Se puede igualmente colocar en serie con el tubo, un tubo-válvula de Puluj, ampolla vacía de aire, encerrando un tubo capilar que da el mismo resultado.

Es evidente que los resultados son mejores sobre corriente contínua; pero á pesar de esto, si se encuentra uno sobre cualquiera de las redes eléctricas tan generalizadas en nuestros días, se podrá siempre, aunque la corriente sea de 220 voltios y admitiendo pérdidas en los reostatos, funcionar en muy buenas condiciones.

Ampollas.—Para obtener buenos resultados con los rayos X es seguramente necesaria una buena bobina y un buen interruptor, pero es todavía más indispensable tener buenas ampollas, porque el éxito depende en gran parte de estos instrumentos caprichosos tan díficiles de manejar.

Según el grado del vacío de la ampolla, la penetración de los rayos emitidos varía considerablemente. Cuanto más nueva es la ampolla, y por consiguiente más rica en moléculas de aire, que la bomba de mercurio no ha podido retirar, menos penetrantes son los rayos. Esto es lo que se llama un tubo y rayos blandos. El tiempo de la exposición se prolonga entonces más y las mejores densidades no pueden ser atravesadas.

Una ampolla así da imágenes más ricas en detalles. A medida que el tiempo de uso de la ampolla aumenta, el vacío es mayor, la resistencia opuesta á la corriente es mayor también y es necesario aumentar la intensidad en la corriente primaria de la bobina. Los rayos son más penetrantes y atraviesan todos los tejidos duros ó blandos de la economía. La ampolla es llamada dura y da sobre la pantalla y sobre la placa fotográfica una imagen gris y sin contrastes.

consiguiente el poder de penetración de los rayos que emite por medio de un espintérmetro ó detonadòr graduado, colocado en derivación sobre el circuito secundario. Cuando la corriente pasa indiferentemente por el tubo ó bajo chispas por el espintermetro se obtiene lo que se llama chispa equivalente del tubo. Se mide entonces la distancia que separa las puntas del espintérmetro y se encuentra uno al tanto de poder comparar entre ellos, de un modo suficiente, aunque muy relativo, los tubos radiógenos en cuanto a su resistencia y á la penetración de los rayos X que emiten.

La principal dificultad que se encuentra es la conducción de los tubos, que exige cierta experiencia. Puede suceder que una ampolla, probada previamente y regulada antes de la operación, varíe de resistencia en el transcurso de aquélla, lo cual produce una gran incertidumbre en el tiempo de exposición primero, y después un cambio completo del caracter de la imágen que se obtiene.

Se explica generalmente el hecho de que el vacío aumenta en los tubos, diciendo que moléculas del metal del cual están compuestos los electrodos están proyectadas en estado de división muy fina contra las paredes, y en virtud de una propiedad conocida que poseen los metales bajo esta forma, absorben las moléculas de aire que quedaban disponibles.

La corriente entonces se resiste á pasar, y si se la fuerza demasiado pasará con preferencia alrededor de la ampolla y hasta podrá perforarla, lo cual la pondrá irremisiblemente fuera de uso.

Regulación del vacío en la ampolla.—Si se quiere utilizar un tubo que se ha vuelto duro, es necesario disminuir el vacío, y con este fin se han propuesto varios procedimientos. El más sencillo es la calefacción por medio de un fuerte mechero de Bunsen. Algunas moléculas de aire se desprenden entonces de las paredes de cristal y la corriente puede pasar de nuevo, pero este medio no puede servir más que por poco tiempo y será pronto preciso desechar la ampolla ó devolverla al constructor que podrá á veces abrirla para ponerla en buen estado.

Muchos fabricantes se han dedicado á construir tubos en los cuales el vacío podía disminuirse á voluntad. Un medio teórico excelente, pero imposible de llevar á la práctica, sería el de

construye tubos provistos de un grifo de abertura capilar que permite, cuando el vacío se ha hecho demasiado grande, introducir algunas moléculas de aire. Algunos constructores introducen en un tubito anejo potasa cáustica ú otras substancias que desprenden gases ó vapor de agua cuando se las calienta. El inconveniente de este método de regularización es la casi imposibilidad en la cual uno se encuentra de liberar exactamente la cantidad de gas necesaria, pues esta cantidad no debe variar más qne dentro de unos límites sumamente estrechos. Se llega fácilmente á introducir demasiado gas y á volver su tubo demasiado blando, lo cual obliga á dejarlo descansar durante mucho tiempo ó á efectuar operaciones delicadas para endurecerlo.

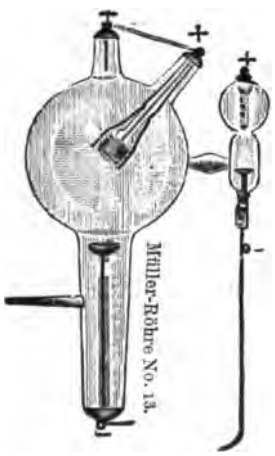


Fig. 1.—Ampolla auto-reguladora de C. H. F. Müller.

Un perfeccionamiento de este método ha sido introducido por la casa Müller, de Hamburgo. Consiste en construir ampollas auto-regulables, en las cuales en el momento en que el vacío y por consiguiente la resistencia, se vuelven mayores de lo que se desea, estalla una chispa en un detonador pequeño regularizable colocado sobre la ampolla; una fracción de corriente se deriva entonces en un tubito anejo que contiene la substancia que debe emitir gas y la calienta lo bastante para traer el vacío en el punto determinado de antemano por el operador.

Esta regularización se efectúa separando una de la otra las puntas del detonador, según la penetración que se desea.

El método que hasta ahora ha encontrado más aceptación

es el del profesor Villard que utiliza la propiedad indicada por Sainte-Claire-Deville, que poseen algunos metales calentados al rojo de dejar pasar el hidrógeno. Un tubito de palladium ó de platino fijado en la ampolla y comunicando con el interior puede calentarse por medio de un mechero pequeño Bunsen ó de una lámpara de alcohol. Un poco de hidrógeno libre que se encuentra en toda llama se introduce por osmosis en el tubo, de donde se deriva el nombre de osmo-regulador dado á este aparatito. Puede ser igualmente posible, aunque sin embargo muy largo, sacar gas calentando al rojo el tubito pero protegiéndolo esta vez del contacto de la llama, interponiendo otro tubo de platino de un calibre superior. En estas condiciones el hidróge-

Fig. 2.—Ampolla regularizable de Gundelach-Dessauer.

no se difunde en sentido inverso. Tubos de este sistema son fabricados por Chabaud en París y Gundelach en Gehlberg.

M. Dessauer, d'Aschaffenbourg, ha propuesto recientemente regularizar la penetración de los rayos X por un nuevo procedimiento. Recubre el anticatodo de un tubo de cristal envuelto á su vez en un manguito metalico, constituyendo de este modo en el interior de la ampolla una botellita de Leyden, en la cual una de las armaduras está constituída por el anticatodo y la otra por el manguito metálico, perforado naturalmente en el punto de emergencia de los rayos. El inventor asegura poder por este procedimiento regularizar dentro de unos límites muy amplios la penetración de los rayos, y la explicación que dá sobre este particular es la siguiente: la penetración de los rayos no provendría, según él, del estado de vacío de la ampolla, sino

de la carga electrostática de los *iones* negativos formados sobre el anticatodo y proyectados hacia fuera. La penetración de los rayos X será tanto mayor, cuanto que la carga de estos *iones* sea más fuerte. El anodo está unido al anticatodo por medio de un detonador pequeño regularizable. A medida que se acorta la distancia que separa las dos puntas de este detonador, una parte creciente de la corriente positiva se deriva sobre el anodo y viene á descargar particularmente el manguito metálico y á descargar también los *iones* negativos, lo cual disminuiría la penetración.

Además, la abertura practicada en el manguito metálico que envuelve al anticatodo, tendría la ventaja de servir de diafragma impidiendo que los rayos difusos velen la imagen.

Si estos datos estuviesen comprobados por la experiencia, se tendría aquí, además de un perfeccionamiento importante, la confirmación experimental de la teoría, plausible é interesante de la formación de los rayos X por la electrolisis de las moléculas de aire que quedan en la ampolla y su disociación en *iones* positivos y negativos.

Regularizar la penetración sin modificar continuamente sería muy de desear, tanto más cuanto que nada impide poder añadir á la ampolla Dessauer un osmo-regulador que no se utilizaría más que en el caso en que el nuevo dispositivo fuese insuficiente.

Un hecho que ha sido comprobado muchas veces y que viene á apoyar la teoría de Dessauer, es que á veces con ciertas ampollas, se pueden obtener tres grados diferentes de penetración de los rayos X, uniendo el positivo de la bobina al anodo solo, al anticatodo solo ó á estos dos electrodos reunidos.

Estando funcionando la ampolla se puede proceder al examen de los órganos de dos maneras: 1.°, por la radioscopia, recibiendo la imagen sobre una pantalla cubierta de una substancia fluorescente, generalmente de platino-cianuro de bario, lo cual la hace visible á simple vista; 2.°, por la radiografía, reemplazando la pantalla por una placa fotográfica que se revela por los procedimientos usuales.

Instalación de un gabinete de radiología dental.—Llegando á la instalación y utilización de un gabinete de radiología dental, encontramos que la elección de los aparatos es asunto de la mayor importancia. Después de experiencias hechas con diversos

aparatos creo poder recomendar el empleo de una bobina de 35 á 45 centímetros de chispa con interruptor electrolítico, obteniéndose así la economía de un condensador y de un interruptor á mercurio ó de una turbina cuyo precio es elevado comparado con el del Wehnelt, que por otra parte cada cual podrá construirse por sí mismo. Es en cambio preferible consagrar la mayor suma posible á la adquisición de una poderosa bobina que responda á todas las necesidades y permita reducir notablemente los tiempos de exposición y utilizar ciertos tubos que tomen mayor corriente que la que se dispone. Se evitará así hacer más tarde un cambio costoso si la primitiva instalación se ha hecho en pequeño.

Si el dentista que quiera practicar la radiología no dispone de un local especial podrá instalar los aparatos en su gabinete de operaciones, aunque tiene el inconveniente de que esto unido al arsenal de instrumentos que requiere la práctica moderna no agrada la vista de los pacientes tímidos. Si la disposición de las habitaciones lo permite, es conveniente colocar en una pieza contigua la bobina y el interruptor, permitiendo regular á distancia la intensidad y de hacer atravesar la pared por los hilos conductores, con objeto de no dejar á la vista del sujeto más aparato que la ampolla y evitar el ruido del interruptor. Es preferible á todo, á poder ser, destinar un local especial á la instalación completa, siendo en este caso indispensable operar en una habitación muy seca, porque la humedad vela las películas y además porque las bobinas funcionan mejor en una atmósfera seca y caliente.

En cuanto á las ampollas será necesario tener varias y escogerlas de un modelo regulable, porque serán más económicas que las ampollas ordinarias que son prontamente puestas fuera de uso después de causar al operador grandes pérdidas de tiempo. El dentista se servirá exclusivamente de tubos blandos y no podrá usar sin dificultades la pantalla de la manera habitual, porque en este procedimiento la superposición de planos de los dos lados de los maxilares produce una confusión tal, que es casi imposible distinguir nada.

He intentado sin éxito mirar á la pantalla, haciendo abrir la boca del paciente á fin de introducir los rayos en la cavidad bucal y de no obtener más que la imagen de un solo lado. Se ha ensayado igualmente introducir en la boca pequeñas pantallas

fluorescentes y mirar la imagen por medio de un espejo de boca, pero esto también es muy difícil. La vecindad de la ampolla hace que la imagen por reflexión pierda mucha de su luminosidad. Es necesario estar en la obscuridad durante un tiempo bastante largo con el fin de que el ojo pueda después percibir alguna cosa. Se ha hecho, en efecto, la observación de que la estancia de diez minutos en una cámara obscura aumenta de cincuenta á cien veces la sensibilidad del ojo, y al cabo de veinte minutos el aumento puede llegar á doscientas veces, por lo cual será conveniente que mientras se hacen los preparativos se deje en la cámara obscura una media obscuridad utilizando una luz muy suave, tal como la de una lámpara eléctrica verde.

De todas maneras la pérdida de tiempo es muy grande y se obtendrá un resultado más rápido y mejor haciendo la radiografía por el procedimiento que pudiéramos llamar procedimiento habitual en los dentistas, es decir, introduciendo en la boca una película fotográfica encerrada en una doble envoltura de papel negro.

Endodiascopia.—Existe, sin embargo, un método todavía poco conocido, que promete dar los mejores resultados; es el del Dr. Bouchacourt, llamado por el *endodiascopia*. Consiste en excitar unipolarmente una ampolla especial muy prolongada, que puede introducirse en la boca. Para realizar esta experiencia se descarga eléctricamente, uniendo á tierra por un conducto de agua ó de gas uno de los polos de la ampolla, el anodo, mientras que el polo positivo del origen, está igualmente puesto á tierra del mismo modo.

Si se ha adoptado como fuente de corriente una máquina estática no hay dificultad, más si se utiliza como fuente de corriente secundaria una bobina, como hay peligro para el instrumento á unir sin otro un polo á la tierra, es necesario utilizar una bobina disimétrica, que tenga un contacto especial de unión á tierra. El transformador pierde así la mitad de su poder, más no es un inconveniente vista la pequeña distancia que separa el tubo del objeto á radioscopiar, lo cual permite una completa utilización de los rayos.

Mis experiencias sobre el particular las he llevado muy poco lejos, y aunque me han dado buenos resultados no me atrevo á pronunciarme resueltamente en su favor.

este método, (ó *endodiascopia)* lo mismo que de la practicada por los procedimientos habituales, una finura de detalles como la que se obtiene por la radiografía, pero en muchos casos bastará ver las cosas sin grandes detalles, por ejemplo, cuando se trate de hacer constar la presencia ó la ausencia de un diente en el maxilar ó la existencia de algún cuerpo extraño, se podía proceder á un examen endodiascópico que ocupa menos tiempo, reservando la radiografía con el inevitable desarrollo de la película para los casos en que sea absolutamente necesaria.

Un inconveniente de la endodiascopia es la deformación considerable que se imprime á la imagen por la gran proximidad del tubo relativamente al objeto á examinar. En el caso precitado este inconveniente sería relativo y compensado por la ventaja de mirar el objeto bajo ángulos diferentes abrazando un campo más extenso.

Endodiagrafía.—También es posible hacer lo que el doctor Bouchacourt llama una endodiagrafía por el mismo procedimiento, colocando una película sensible en el vestíbulo de la boca ó contra el carrillo, pero la dificultad de inmovilizar á la vez el paciente la placa y el tubo es demasiada para que pueda esperarse una imagen limpia. Sería aquí necesaria la radiografía instantánea y aún no se ha ido tan lejos, sobre todo con los tubos unipolares, que exigen por el contrario un tiempo de exposición mayor que los otros.

Preparación de la película.—Por hoy, será preferible atenerse para la radiografía al procedimiento habitual. No será necesario actualmente con los poderosos aparatos de que disponen los radiógrafos, tomar una impresión con godiva sirviéndose de ella para mantener en posición la película como han propuesto Godon y Contremoulins, como tampoco construir una plancha de caucho con el mismo fin, como se ha hecho por varios autores. Casi tampoco es necesario, sobre todo para el maxilar superior, proteger la película contra la humedad envolviéndola entre goma, puesto que una exposición de 30 segundos lo más, como la que es necesaria actualmente con una fuerte bobina accionada por un Wehnelt y un buen tubo, no exige esta precaución como cosa necesaria. Una doble envoltura de papel negro parafinado, basta ampliamente, salvo los casos de una exagerada salivación.

En el caso de que la película [illegible]

mente, es preferible retirarla de su envoltura y conservarla en lugar seco y obscuro, pues estas películas son extremadamente sensibles á la humedad.

Preparación del sujeto.—En el caso de una radiografía destinada, sea á facilitar el diagnóstico de lesiones causadas por un absceso alveolar, sea para reconocer curvaturas anormales en los canales radiculares, sea para determinar la longitud exacta de una raiz dada, empleo con ventaja un método de gran precisión que yo creo que es nuevo. Consiste en colocar en cada canal y en cada trayecto fistuloso una pequeña punta cónica de plomo ó de estaño como las que sirven para la obturación de los canales. Esta punta hará el papel de guía para la interpretación del cliché y será muy útil para aclarar los efectos de la deformación, indicando en que sentido ésta ha sido operada. Se obtendrán indicaciones precisas á este efecto, comparando la longitud efectiva de esta punta metálica conservada con este fin con la de su imagen radiográfica. Se podrá entonces con una certeza casi matemática, practicar operaciones de pequeña cirugía sobre las raices, trepanación alveolar, resección del ápice de una raiz ó de su totalidad, amputación total de una sola de las raices de un diente, de varios, etc. En el tratamiento de canales este método prestará igualmente grandes servicios.

La posición que debe darse al paciente debe estudiarse si se ha de llegar á obtener buenos resultados. Será preferible para obtener con mayor seguridad la inmovilidad deseada, hacer acostar el sujeto sobre una tabla con una almohadilla y colocar la cabeza sobre un cojín duro, siendo evidente que el peligro del desplazamiento de la cabeza, será así reducido al mínimo, pero la mayor parte de los pacientes prefieren sentarse en el sillón, en cuya posición se podrán obtener buenos resultados, sobre todo reduciendo lo posible el tiempo de exposición. Es preferible servirse de un sillón de madera, pues la masa de hierro de los sillones dentales ordinarios puede atraer los efluvios.

Los hilos que unan la bobina á la ampolla deberán ser delgados y flexibles á fin de no producir trepidaciones y recubiertos con córdones aisladores para evitar que el contacto con otros objetos produzca el desperdicio de alguna cantidad de corriente. Se ensayará y regulará el tubo antes de operar, más como el estado del vacío varía frecuentemente de manera muy apreciable [illegible] el tubo, sobre todo si se acaba de

usar el osmo-regulador, yo aconsejaría encerrar la película en una caja de plomo mientras duran estos preparativos. Se podrá entonces proceder á la exposición, sin tardanza, é inmediatamente después de regular el tubo, que se endurece frecuentemente mientras se va á buscar la película preparada en la habitación vecina, donde ha debido tenerse al abrigo de los rayos X. Estos últimos velan en efecto las preparaciones fotográficas á través de los muros de ladrillo.

La introducción de la película en el fondo de la boca para la toma de las radiografías destinadas á las investigaciones de terceros molares es frecuentemente un asunto lleno de dificultades. Las náuseas ó cualquier movimiento de deglución verificado durante la exposición producen el desplazamiento de la película y comprometen el resultado. La cocaína prestará aquí excelentes servicios, pero alguna vez será necesario hacer la radiografía sobre una placa colocada al exterior, haciendo atravesar á los rayos los dos lados del maxilar, no obstante lo inconveniente que es proceder de esta manera.

Para las radiografías de porciones del maxilar inferior será conveniente introducir entre las mandíbulas una mordaza como las que se emplean para las anestesias generales, y rogar al paciente sostenga su menton con el puño cerrado y con firmeza. Efectivamente, es muy difícil en estos casos, inmovilizar las partes lo suficiente para obtener un cliché limpio.

Posición de la ampolla.—La posición que debe darse á la ampolla influye mucho sobre el resultado. Es necesario como en radiografía química procurar hacer caer los rayos bien perpendicularmente al plano del objeto á examinar. Para los dientes anteriores de arriba por poco prognatismo que exista, habrá que cuidar mucho la altura necesaria á que deberá colocarse la ampolla para no obtener una imagen deformada y unos dientes extremadamente prolongados. En lugar de colocar el anticatodo frente á los anillos, con frecuencia será preciso elevarlo más alto que la cabeza del sujeto. La razón de esto es, la de que no se puede tener la película paralelamente al plano en el cual están situados los dientes á causa de la bóveda del paladar. Esto es lo que hace que en muchos casos la deformación sea inevitable.

Tiempos de exposición.—El tiempo de exposición varía considerablemente según la fuerza de los aparatos empleados, el espesor de los tejidos, la mayor ó menor porosidad del hueso

en relación con la edad del sujeto y sobre todo según el estado del tubo. En las condiciones en que yo practico, casi nunca he necesitado pasar de 30 segundos, pero creo que es posible llegar á una exposición bastante menor.

Es muy difícil dar indicaciones precisas en un asunto en el que la experiencia será el mejor maestro. Para facilitar el estudio de las condiciones en las cuales se operará, será preciso en lo posible adoptar una distancia—siempre la misma,—entre el anticatodo y el sujeto, recordando que la intensidad de acción de los rayos X es casi inversamente proporcional al cuadrado de la distancia. Veinte á treinta centímetros es la distancia generalmente adoptada.

Pantallas reforzádoras.—Cuando se trate de operar lo más rápidamente posible, por ejemplo en los niños, se podrá recurrir con ventaja á las pantallas reforzadoras al tungstato de calcio. Se coloca la película entre dos cartones recubiertos de esta sal, y la exposición en este caso puede reducirse considerablemente.

Regulación del tubo.—Será fácil dar la exposición más corta sirviéndose de un tubo duro y de rayos penetrantes, pero se obtendrá así un cliché debil y sin detalles, mientras que empleando un tubo blando, los rayos menos penetrantes son fácilmente detenidos por los tejidos más densos y se obtiene una imagen rica en contrastes, en la que los más pequeños detalles de estructura del hueso, son perfectamente visibles.

El tubo mejor para nuestro uso, es el que da sobre la pantalla fluorescente una imagen de la mano en la cual los huesos sean negros y se destaquen de los tejidos blandos, mientras que el tubo duro atraviesa con la misma facilidad todos los tejidos y da una imagen casi uniformemente gris. Se trata aquí de diferenciar claramente los dientes del hueso que los rodea, y solo un tubo bastante blando es capaz de dar este resultado.

Para llegar rápidamente á conocer el estado más favorable del tubo, será muy útil servirse de uno de los diversos aparatos que han sido propuestos con tal objeto: radiocromómetro, posómetro X, etc. Todos puede uno construírselos para su uso particular y están basados sobre el aspecto diferente que toman en la pantalla las sombras proyectadas por una serie de placas metálicas de espesor creciente.

Cuando todo esté dispuesto, se introducirá en la boca la pe-

lícula preparada que se mantendrá en su sitio con los dedos de una mano, mientras que con la otra se fijará la cabeza del paciente. A una señal dada se hará pasar la corriente durante el tiempo que se desee, siendo necesaria una gran seguridad en la mano, para impedir todo movimiento de la película.

Manipulaciones fotográficas.—No quedará más que revelar el cliché, lo cual podrá hacerse con todos los reveladores conocidos, pero recomiendo la fórmula corriente de hidroquinona por ser la que mejores resultados me ha dado. Como en la preparación del tubo, toda la operación deberá encaminarse á obtener el mayor contraste y dureza posible, sirviéndose también de un baño concentrado y fuertemente adicionado de bromuro, según las reglas empleadas en semejantes casos en fotografía.

Un método que se adapta muy particularmente á las necesidades del dentista, que generalmente dispone de poco tiempo, es el del desarrollo lento en baño diluído. El mismo baño citado servirá después de haber sido abundantemente adicionado de agua. Por ensayos previos se graduará el revelador de modo que produzca su efecto completo al cabo de varias horas. De este modo no habrá cuidado de salir de la cámara obscura, pudiendo simplemente ver de tiempo en tiempo como marcha la operación. Esto, bien entendido, cuando no sea necesario conocer enseguida el resultado de la exposición.

Este método es lógico. Se sabe, en efecto, que en la fotografía ordinaria la luz no ejerce su acción más que sobre una parte de la capa de gelatino-bromuro de plata. No es indispensable que el revelador penetre hasta la placa de cristal, mientras que los rayos de Roentgen atraviesan casi tan fácilmente una docena de películas que una sola y la emulsión es impresionada en su totalidad. Si se quiere hacer aparecer toda la imagen que se encuentra en el gelatino-bromuro, habrá que proceder de manera para no tener temor de velo, de detener el desarrollo antes que el reductor haya penetrado hasta el fondo de la emulsión. Además, el desarrollo lento produce menos fácilmente el velo tan difícil de evitar en radiografía.

De todas maneras, el desarrollo deberá llevarse hasta el fondo y hasta que no quede ningún rastro de la imagen sobre el cliché y aparezca completamente negro. La razón de esto es que, los negativos radiográficos bajan mucho en el fijado, y también que es siempre preferible desarrollar demasiado, que no

desarrollar bastante, toda vez que es fácil reducir un cliché, mientras que al reforzarlo no puede hacerse aparecer lo que no existe.

No deberá olvidarse que las películas radiográficas son extremadamente sensibles hasta á la luz roja y habrá que tener mucho cuidado de proteger el cliché por medio de un cartón y de no examinarlo más que con grandes precauciones durante la primera parte del desarrollo.

Toda esta cuestión del revelado es muy delicada y exige mucha práctica y este toma mucho tiempo y el método de desarrollo lento que acabo de describir será un buen medio para obtener buen éxito. Después del fijado se podrá recurrir con prudencia al empleo de eliminadores químicos del hiposulfito de sosa para abreviar mucho el lavado en general muy enojoso. En caso de urgencia se acelerará el secado por medio de un ventilador eléctrico, evitando siempre el secado con alcohol. El negativo da mejor que una prueba todos los datos apetecidos al que lo sabe interpretar, porque ciertos detalles se pierden en la tirada.

Aplicación de la radiografía al arte dental.—Dilucidados todos estos puntos de técnica, pasemos brevemente revista á los servicios que podremos pedir á los rayos Roentgen en la práctica de nuestra profesión, servicios que ya han apuntado los diversos autores que han escrito sobre esta cuestión.

En el tratamiento de las malposiciones de los dientes y de las anomalías de erupción: el examen de los dientes cuya evolución está retardada y se verifica mal y el examen de la forma y dirección de las raices de los dientes á regularizar. Se tendrá cuidado de comprobar la interpretación del cliché por un atento examen clínico.

En el tratamiento y obturación de los canales, los rayos X prestarán los mayores servicios. Gracias á ellos se podrá conocer de antemano y con ayuda de la sonda de plomo, la forma, la dirección y la longitud de las raices, comprobar si la obturación de los canales ha sido bien hecha, determinar la longitud que deberá darse á un pivot, reconocer un falso canal y encontrar restos de instrumentos rotos.

En el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del absceso y de sus consecuencias por la trepanación alveolar, la resección del ápice de una raiz ó su amputación total, lo mismo que cuando

se trate de extraer raices profundamente implantadas, el examen previo por la radiografía ó la endodiascopia, dará indicaciones de una precisión casi matemática y harán mucho más fáciles estas operaciones de pequeña cirugía. Se podrá también, y será una ventaja inapreciable, comprobar por uno ú otro de estos medios durante el curso de una operación si esta última ha sido bien conducida y si el sitio del mal ha sido atacado.

En el tratamiento de las enfermedades del seno y la busca de cuerpos extraños en esta cavidad, el empleo de la radiología es indispensable. Podrá también asegurarse de la posición de la parte más en declive á fin de hacer la trepanación por ese punto.

El diagnóstico de las enfermedades quirúrgicas de los maxilares, de la fractura de estos huesos y la práctica de la prótesis inmediata, serán igualmente facilitadas en muchos casos por los exámenes radiológicos.

Se podrá también conocer con certidumbre la extensión de las lesiones óseas producidas por la piorrea alveolar, diagnosticar la hipercementosis de las raices y determinar la presencia de nódulos pulpares.

Además de todo esto, en la práctica surgirán seguramente nuevas aplicaciones según se vaya utilizando tan precioso auxiliar.

Radioterapia.—Una cuestión que actualmente preocupa mucho á los médicos especialistas es la de la radioterapia, acerca de la cual debo decir algunas palabras en este trabajo para que no resulte incompleto.

Ciertos autores han afirmado la eficacia del tratamiento por los rayos X de un gran número de afecciones graves, tales como el cáncer, el lupus y la tuberculosis pulmonar, que han resistido hasta aquí á todo método terapéutico. Es imposible, dada la diversidad grande de opiniones sobre el particular, formar una opinión cualquiera. Los unos atestiguan que son los rayos solos los que obran, y citan experiencias decisivas en apariencia en las cuales los resultados han sido obtenidos eliminando todos los otros factores, mientras que otros también eminentes y de reconocida competencia se encogen de hombros cuando se habla de radioterapia, y afirman que las radiaciones eléctricas emanadas de la ampolla son la única causa de las curaciones obtenidas

Esto no obstante es muy posible que la luz pueda enriquecer á la terapéutica dental con un nuevo medio de tratamiento eficaz en ciertos estados patológicos, contra los cuales el dentista haya luchado hasta aquí sin éxito. Al llegar á este punto, pienso en primer lugar en la piorrea alveolar, que parece *á priori* justificar la radioterapia si tal cosa existe.

Los que quieran dirigir sus experiencias á este orden de ideas deberán ante todo tener presente los peligros de accidentes, que como todos saben son tanto más serios cuanto la capa de tejidos blandos que recubre el hueso es más delgada. Por esta razón la fibro-mucosa gingival parece ser á este efecto un terreno bastante abonado á estos peligros.

Peligros de los rayos X.—En cuanto á los peligros de los rayos X, si existen indiscutiblemente en radioterapia, son en absoluto desconocidos en radiografía dental, al menos en manos de experimentadores prudentes. Tratándose de un tiempo de exposición que se cuenta por segundos, creo que es el dato que mayor tranquilidad puede llevar á los clientes timoratos. Reitero mis reservas en cuanto á la inocuidad de la endodiascopia, que creo muy probable, pero acerca de la cual no poseo una experiencia suficiente.

Si se quiere practicar un examen radioscópico un poco prolongado, deberá rodearse la ampolla de una banda circular de aluminio muy delgada y unida á tierra, y cuya transparencia, casi absoluta á los rayos, no impedirá el examen.

En cuanto al operador deberá, como es natural, sujetarse á ciertas reglas de prudencia, porque si no pone en juego algunas precauciones, á la larga se expondrá á la radiodermitis crónica de los operadores, manifestada por ciertas alteraciones de las uñas y de la piel y por cierta falta de flexibilidad en las articulaciones de los dedos.

Es evidente que un dentista no podría sin serios inconvenientes tener las manos en el estado que yo he visto las de algunos radiógrafos, pero debe tenerse en cuenta que estos inconvenientes no se producen más que entre los que pasan, por decirlo así, su vida entre los rayos, en cuyo caso no nos podremos ver nunca en nuestra práctica.

Los autores están de acuerdo para señalar como causa de estas alteraciones el hábito que tienen muchos operadores de servirse constantemente de su mano para apreciar el valor de

los rayos emitidos por la ampolla. Bastará para evitar esto el uso de un radiocronómetro.

Teniendo en cuenta que todo radiógrafo tiene que ser también fotógrafo, es difícil determinar la parte de estos transtornos que corresponde á los baños fotográficos.

Ciertos productos muy buscados porque no manchan los dedos, atacan enérgicamente al epitelio y provocan el eczema. Citaré muy particularmente el metol. Para evitar esto, se procurará manejar con pinzas ú otro cualquier medio la película para no meter los dedos en el baño.

Al terminar este imperfecto estudio, no puedo por menos de animar á aquellos de mis compañeros que aún no se hayan ocupado de esta cuestión, á que no tarden largo tiempo en ensayarla. Puedo asegurarles que nunca considerarán perdido el tiempo que hayan consagrado á la adquisición de los conocimientos necesarios para la práctica de la radiología, ni el dinero que hayan empleado en su instalación. Seguramente se encontrarán ámpliamente recompensados por el interés siempre renovado de este estudio y por el acrecentamiento de la suma de servicios que podrá prestar y que los clientes no dejan de apreciar.

Si al presentar ante vosotros las consideraciones precendentes acompañadas de algunos interesantes clichés radiográficos ha podido servir mi trabajo para incitar á alguno de vosotros á entrar en este género de estudios, esto constituirá seguramente una de mis mayores satisfacciones.

Explicación de los grabados.

Fig. 3.—Examen de un canino. Persistencia del camino temporal en un paciente de 18 años

Fig. 4.—Examen de un tercer molar en un paciente de 40 años. La evolución está manifiestamente impedida por la inclinación del tercer molar contra la raiz del segundo.

Fig. 5.—Persistencia de un molar temporal en un paciente de 18 años. Este diente, sólidamente implantado y cariado, importaba saber si debía obturarse ó ser extraído. La radiografía resolvió la duda. El diente temporal fué extraído y el molar permanente hizo rápidamente su evolución.

Fig. 6.—Radiografía hecha con fin experimental y reproducida aquí á causa de la excelencia del resultado obtenido. Se vé claramente toda la estructura del hueso, la obturación de los canales por materias opacas á los rayos X. El incisivo central derecho y los dos incisivos late-

PLANCHE I.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

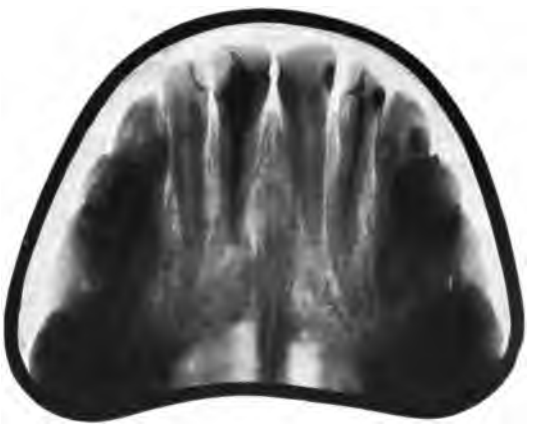


Fig. 6.

Planche II.

Fig. 9.

Fig. 10.

Fig. 11.

Fig. 12.

Fig. 13.

rales han sido obturados con la porcelana á alta temperatura, casi enteramente transparente á los rayos X. No se ve más que una sombra muy ligera. Tiempo de exposición 30 segundos con un tubo muy blando, dando sobre la pantalla los huesos de la mano en negro fuerte. Afectado el paciente de un ligero grado de prognatismo, el tubo fué colocado encima y delante de la frente y la película colocada horizontalmente entre las arcadas dentarias y cogida por los dientes del paciente.

Fig. 7.—Un caso interesante. M. G., de 35 años de edad, le fué tratada sin éxito durante mucho tiempo una fístula ósea, abriéndose en el labio superior. La posición de esta fístula situada muy alta y el aspecto absolutamente sano de los dientes que nunca habían presentado caries y no respondían á la percusión ni á las impresiones térmicas, hicieron descartar por varios médicos la hipótesis de un origen dentario de la afección, atribuída en vista de esto á un ataque de gingivitis infecciosa de origen diabético. La anamnesis no proporcionaba ningún dato útil. El paciente no recordaba haber recibido ningún choque violento sobre los dientes anteriores. La radiografía precisó instantáneamente el diagnóstico y estableció la etiología verdadera. La apertura de la cavidad pulpar, verificada por la cara palatina, reveló la muerte de la pulpa y la infección del canal. La afección cedió al tratamiento habitual.

Fig. 8.—El mismo caso radiografiado seis meses después del tratamiento. Se ve claramente la regeneración del hueso alrededor de la raiz tratada.

Fig. 9.—Dos incisivos centrales afectados de absceso alveolar. Empleo de la sonda de plomo para determinar exactamente, no obstante posibles deformaciones, la longitud y la dirección de las raices, en vista de la trepanación alveolar y eventualmente de la resección de la extremidad radicular.

Fig. 10.—Absceso alveolar causante de una reabsorción radicular muy marcada en el incisivo central.

Fig. 11.—Empleo de la sonda de plomo para determinar la profundidad de una bolsa de piorrea alveolar.

Fig. 12.—Un quiste de origen dental. La distorsión de la raiz del incisivo lateral debe haber sido causada por un pliegue de la película sensible. (Cliché del Hospital de Genéve).

Fig. 13.—Un alfiler en el seno maxilar. Hecha una extracción del primer molar superior se estableció la comunicación con el seno. El paciente, al intentar limpiar su alvéolo de residuos de los alimentos depositados, dejó escapar de sus dedos el alfiler con que verificaba tal operación y penetró en el seno. Este alfiler pudo ser extirpado simplemente por medio de irrigaciones. (Cliché del Hospital de Genéve).

TRABAJOS ORIGINALES

COMPLICACIONES DE LA CARIES DE CUARTO GRADO

por D. GERMÁN VALENZUELA
Director y profesor de la Escuela de Dentística de Santiago de Chile.

Como todos sabemos, se entiende por caries de cuarto grado aquellas profundas en las cuales la pulpa del diente *totalmente mortificada,* se encuentra en un estado de infección cuyo grado es muy variable. Los dientes afectados por esta variedad de caries se denominan *dientes muertos.* Cuando la caries es tan avanzada que ha comprometido todo el cuerpo del diente, el cual ya no existe, quedando sólo las raices, es claro que se consideran también éstas como cuartos grados avanzados.

A veces un diente sin caries puede ser un diente muerto. Los traumatismos, las mordidas violentas de cuerpos duros, las bruscas transiciones de lo frío á lo caliente y la infección expontánea, pudiéramos decir, de la pulpa, en algunas enfermedades infecciosas, determinan no pocas veces la desorganización y luego la muerte de la pulpa. Esta degeneración de la pulpa es en ocasiones un proceso aséptico en un principio y puede transcurrir algún tiempo sin que el enfermo acuse ninguna dolencia.

Si en cualquier ocasión y sin causa apreciable comienzan dolores en un diente sin caries, debemos pensar que probablemente ese es un diente muerto cuya pulpa está infectada y los fenómenos dolorosos habrá que atribuirlos á una propagación de la infección al periostio alvéolo-dentario.

Pero hay un punto sobre el cual queremos llamar principalmente la atención de los médicos y dentistas. Me refiero á la complicación de la periostitis alvéolo-dentaria, llamada también periodontitis.

Nada más frecuente que esta complicación. Se la observa todos los días en muchos enfermos. En nuestra escuela dental se hicieron en el año 1903, 6.040 extracciones. Pues bien, el 80 por 100 de este número corresponde al diagnóstico de periostitis alvéolo-dentaria.

Dada la extraordinaria frecuencia de esta enfermedad, y sobre todo como á menudo reviste una forma invasora comprometiendo el periostio de los maxilares, el hueso mismo y aún las partes vecinas, es necesario conocer bien el mecanismo de

esta infección que, empezando por poca cosa, puede llegar á comprometer gravemente otros órganos y aún la existencia.

Conocida su causa, estudiada la marcha y el desarrollo de esta infección, el diagnóstico no podrá ofrecer duda alguna. En cuanto al tratamiento de esta dolencia, la cirugía dental se encuentra perfectamente armada con numerosos medios radicales, que bien manejados traen un alivio eficaz é inmediato. Nos referimos á los forceps ó elevadores que prestan tan útiles servicios en las extracciones dentarias.

Hemos dicho que en las caries de cuarto grado la pulpa está mortificada. En efecto, está insensible y reducida á un putrílago negruzco y fétido cuando no ha transcurrido mucho tiempo desde que sobrevinieron los primeros transtornos, cuya terminación fué la supuración ó gangrena.

A veces, por consiguiente, la pulpa no existirá en el momento del examen y solo podrán encontrarse los restos de vasos ó nervios en los conductos radiculares. El olor siempre pesado, acre y desagradable, varía con el grado de infección, pero es siempre característico.

El marfil también infectado en los canículos dentinales, se encuentra más ó menos reblandecido y el diente puede quedar reducido á un fragmento de corona y muchas veces á un fragmento de raiz. La coloración del diente es gris cuando el tejido es compacto y poco infectado. Es más azulada y aún negruzca en los dientes blandos muy infectados ó en los dientes enfermos desde mucho tiempo.

La putrefacción de la pulpa mortificada es el producto de fermentaciones que resultan de la acción de varios micro-organismos, sobre las substancias albuminoídeas. Parece que la acción de los microbios aerobios ejerce distinta influencia á la de los anaerobios. Se ha estudiado la acción del *bacterium termo*, el más constante de los micro-organismos de la putrefacción y que no falta, por consiguiente, en la boca y dientes.

Pero la flora microbiana bucal es numerosa y variada y tambien los ptomainas. De aquí que la virulencia y gravedad de las complicaciones por propagación de estos agentes sépticos, varía también hasta el infinito.

Se desprende de lo dicho, que en una caries abierta y profunda, á la simple inspección, podremos diagnosticar inmediatamente el 4.° grado. La exploración con el excavador ó sonda

de caries, no producirá ningún dolor. Los agentes térmicos y químicos no tienen tampoco ninguna acción.

Esta caries se termina por la destrucción progresiva del diente que desaparece por fragmentos.

Cualquiera que sea el estado de integridad del diente, producida la putrefacción de la pulpa, pueden sobrevenir de un momento á otro las propagaciones de esta infección y de aquí las tan temidas periostitis alvéolo-dentarias, ó mejor dicho, las periodontitis.

Los síntomas que se observan en esta complicación están subordinados á la marcha y á las alteraciones anátomo-patológicas de sus diversas variedades. Se han dividido en periostitis sub-agudas, agudas, flegmonosas y crónicas. La primera y segunda variedad puede ser combatida con más ó menos éxito por un profesional dentista. Pero no sucede lo mismo con la tercera y cuarta. Estas son las que traen aparejadas lesiones de vecindad constantes cuyos caracteres anátomo-patológicos son: la *fluxión de la cara,* los *abscesos,* las *fístulas de la cara ó gingivales,* las *osteitis,* las *necrosis parciales,* las *exostosis,* las *adenitis* y las *contracturas musculares.*

Sin detenernos en el estudio de estas diversas modalidades, observaremos que todas ellas son determinadas por una causa única, la propagación á distancia de la infección primitiva del periostio alvéolo-dentario. Este, á su vez, se ha infectado por existir una caries de cuarto grado en algún diente.

No nos cansaremos de repetir que dados nuestros conocimientos actuales sobre esta materia, no tenemos medios de saber qué grado de desarrollo alcanzará á tomar una de estas infecciones, que empezando á veces por una simple congestión del periostio en el vértice de la raiz de un diente, puede llegar al cabo de pocas horas, ó en algunas semanas, á producir los más serios trastornos en la salud general.

Hemos operado centenares de veces por los procedimientos comunes de cirugía general, periostitis flegmonosas colosales.

Extensas cicatrices, parálisis faciales y fístulas parotídeas tan largas para curarse, presentan por mucho tiempo algunos de estos desgraciados.

En grados más avanzados, las osteitis de los maxilares terminan por secuestros después de varias semanas de dolores y abundantes supuraciones con salivación, fetidez de la boca,

trismus, etc. Tenemos en el museo de la Escuela de dentística numerosos ejemplares de secuestros extraídos después de cruentas operaciones en enfermos demacrados por varias semanas de sufrimientos y sin poder alimentarse.

Apena el espíritu cuando se piensa que tan graves lesiones hubieran podido evitarse muy fácilmente.

La extracción á tiempo, oportuna al principio de la enfermedad, hubiera evitado toda una serie de insomnios, dolores y calamidades.

Esta circunstancia particular, es la que nos mueve á dar el grito de alarma para recomendar como el más severo precepto, la necesidad imperiosa de proceder sin pérdida de tiempo á la extracción de los dientes afectados de caries de cuarto grado, en los cuales se haya desarrollado una periostitis flegmonosa propagada.

Siguiendo esta práctica no tendremos porqué arrepentirnos y evitaremos muchos males.

Bien se cuanto vale el tratamiento conservador, sobre todo si se trata de dientes anteriores de una sola raiz en personas jóvenes y del bello sexo.

En casos semejantes es evidente que debe tocarse todo recurso terapéutico, antes de sacrificar un diente. La trepanación y desinfección de los canales podrá salvar muchos. Pero cuando se trata de molares con raices múltiples, y con periostitis insistentes y en los molares del juicio, no hay que dudar.

Si la cara estuviese ya hinchada habrá que proceder *ipso facto* á la extracción. El trimus, los dolores, la gran hinchazón, no son una contra-indicación. Al contrario, más urgente será el acudir cuanto antes á quitar aquel foco de infección.

Si es menester el empleo de la anestesia general por un trimus invencible ó en una persona muy tímida, ó si se tratase de una extracción difícil, nada más justificado.

Recordemos todavía que muchos empiemas del seno maxilar y algunos quistes radiculares tienen su origen en las caries de cuarto grado.

De todo lo dicho se desprende que debemos poner todo empeño posible para evitar estas caries.

¿Cómo conseguirlo? Enseñando desde la escuela, repitiendo en las cátedras y en las conversaciones, vulgarizando, en fin, por todos los medios este sencillo precepto: *Las caries de los*

dientes deben obturarse antes que se hagan profundas. No hay que esperar que sobrevengan dolores. Cuando ellos aparecen espontáneamente es porque la pulpa se encuentra al descubierto es decir, ya hay que batirse con una caries penetrante, de tercer grado, que reclamará cuidados especiales y un tratamiento más delicado. Es difícil entonces evitar la infección de la pulpa, de la cual existen muchas formas y variedades. El dentista debe cuidar los dientes en todas circunstancias y ojalá no tuviera que hacer sino en las caries más ó menos superficiales.

En suma, todo el mundo debería acudir al tratamiento preventivo. La higiene bucal, por más exagerada que parezca, nunca lo será lo bastante. Es de rigor la limpieza después de cada comida, al levantarse y antes de acostarse. Nadie debería pasar más de tres meses sin acudir á su dentista.

SOBRE EL ESMALTE DENTARIO

por M. RAMÓN PAREJA, de Cartagena (Colombia).

En el número de La Odontología correspondiente al mes de Marzo del presente año, encontramos en la sección «Tribuna Libre» un un artículo titulado: «¿Existe el esmalte dentario?» Varias veces hemos leído el escrito que tiene por tema esa pregunta y nos hemos preguntado: ¿Puede caber duda sobre la existencia de uno de los mejores componentes de los órganos dentales y que tanto conocemos?

No vamos á establecer una polémica, sino única y exclusivamente una aclaración para que se nos convenza de nuestro error, si acaso existe, al sorprendernos la lectura del mencionado artículo. No nos guía otro movil que dar un paso hacia el esclarecimiento de un asunto que creemos indudable. Deseamos que nuestros compañeros emitan sus opiniones sobre el particular.

Estamos perfectamente convencidos de la existencia del esmalte, y agregamos, que existe además y como todos saben, una cutícula, llamada membrana de Nastmih, que le recubre, de modo que el *brillo dentinal* no estaría sobre la dentina, de donde seguramente se le ha dado el nombre, según el autor ó debiera mejor llamarse *brillo cuticular* ó de otro modo, como quiera, que da á conocer el lugar en donde se presenta ya que

de ninguna manera es en la dentina. Si el llamado *brillo dentinal* reemplaza al esmalte, entonces no existirá tampoco la cutícula de que hemos hablado y que la mayoría de los autores aceptan y han demostrado su existencia con la ayuda del microscopio.

Según el autor del escrito, ninguno ha presentado ni la más pequeña cantidad del citado esmalte. El autor jamás habrá tenido ocasión de preparar un diente para recibir una espiga, puesto que en esas circunstancias la raiz nos presenta más facilidad para estudiar con claridad la extructura dental. Desgastándolos hasta el borde gingival encontramos una línea circular divisoria, bastante notable, entre el esmalte y la dentina: el primero presenta casi siempre un color más claro que la segunda; el primero es mucho más resistente que la segunda y es con más dificultad atacable con los instrumentos. En el centro del diente desgastado encontramos la cámara pulpar, cuyas paredes están formadas por el cemento.

El *brillo dentinal*, suponemos será una capa uniforme, como especie de barniz. Entonces no debe haber puntos más resistentes al ataque de los microorganismos de la caries. ¿Las cúspides de los premolares y molares, por qué no son atacados por la caries en la misma proporción de las demás superficies? ¿Existe mayor *brillo dentinal* en esas cúspides ó *existe el esmalte dentario* que creemos es allí mayor? El roce de las cúspides con sus antagonistas debiera hacer desaparecer con más frecuencia ese *brillo* y por consiguiente ser esos puntos los más atacados; no sucede así y es por la existencia del esmalte que en esas prominencias es de más densidad.

El cemento se distingue de la dentina «porque la composición específica de cada uno permite conocerlos con facilidad y por la línea divisoria que vemos con la ayuda del microscopio», y estas palabras del autor podemos aplicarlas para combatir la duda de la existencia del esmalte, advirtiendo que esa línea divisoria entre esmalte y dentina la observamos á cada momento sin la ayuda del microscopio, y estará escaso de vista el dentista que no la distinga.

¿El *brillo dentinal* por qué es tan resistente en el acto de preparar una cavidad para obturarla? Supongamos que ese brillo ó pulimento haga que los instrumentos se deslicen y ocasio-

perceptible, ¿por qué presenta la misma resistencia que al principio, la cual desaparece al llegar á la dentina? ¿Acaso ese brillo ó barniz es tan denso?

No existe el *brillo dentinal*. Brillo lo hay en el esmalte, en su cutícula, por lo cual debiéramos mejor llamarlo brillo esmaltino ó brillo cuticular.

Terminaremos con las palabras que encabezan el citado artículo en LA ODONTOLOGÍA: «Entre la dentina y el esmalte hay tantas diferencias de organización química, constitución histológica, origen embrionario y funcionalismo fisiológico, que hacen de ellos dos tejidos completamente distintos por todos conceptos.» De modo, pues, que esperamos las nuevas opiniones del autor del escrito, encaminadas á defender sus ideas, que no aceptamos y que originarán, á ser ciertas, una revolución en el mundo dental. Necesitamos de otros mejores argumentos para convencernos del error en que estamos, y, así como nosotros, habrá muchos colegas deseosos de conocer opiniones relacionadas con la existencia del esmalte.

No nos creemos competentes para una discusión, y si entramos en ella es, convencidos de que no nos mueve otro objeto que el deseo de salir de la ignorancia en que estemos con nuestras ideas, si al fin el convencimiento de nuestro error es un hecho inexcusable.

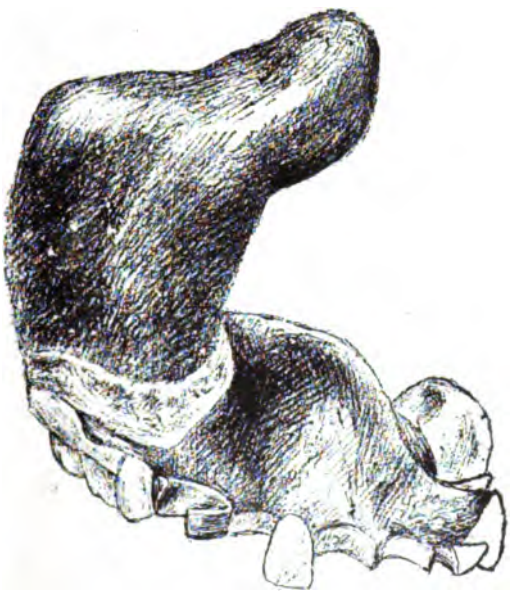
CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA PRÓTESIS RESTAURATRIZ DEL MAXILAR SUPERIOR

Por el Dr. A. PONT. (Lyon)

La prótesis inmediata del maxilar superior, al contrario de lo que sucede con la del maxilar inferior, parece estar mucho más abandonada por los que se dedican á esta clase de trabajos. Sin duda, no es seguramente porque la construcción de estos aparatos sea más difícil, sino porque parece que los resultados obtenidos son, por decirlo así, insignificantes. En efecto, en los casos de resección del maxilar inferior no acompañada de prótesis inmediata, sobrevienen deformidades algunas veces muy extendidas y difíciles de corregir, mientras que en los casos de reseccion del maxilar superior que hemos podido observar en estos últimos años, las deformaciones son bastante poco pro-

nunciadas y en todos los casos fácilmente evitadas por medio de prótesis inmediata.

Para el maxilar inferior es preferible, siempre que sea posible y no existan contraindicaciones, colocar el aparato protésico inmediatamente después de la operación; es conveniente proceder como aconseja nuestro excelente compañero el Dr. Martín de Lyon, y es á nuestro juicio el aparato de este autor el que más ventajas presenta.



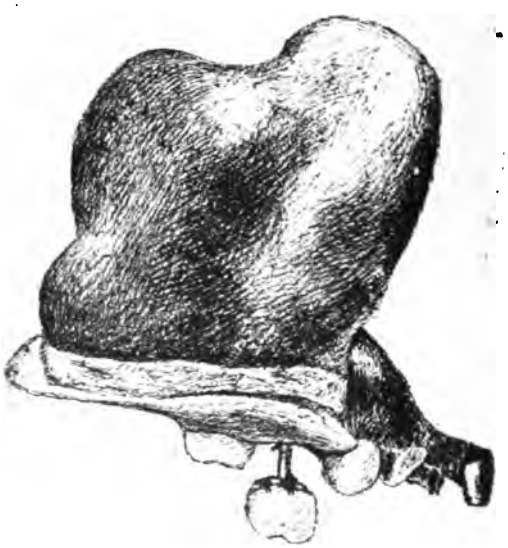
En el maxilar superior, el aparato puede ser colocado sin inconveniente en los siete ú ocho días que siguen á la operación, á condición de hacer cada día un taponamiento con gasa esterilizada.

No describiremos aquí los diversos aparatos que han sido inventados para la prótesis del maxilar superior. El aparato que voy á presentaros y á describir no tiene la pretensión de ser superior á los otros ni de reemplazarlos; sin embargo, como nos ha prestado excelentes servicios en diversos casos y como su construcción es muy sencilla, he creído útil el darlo á conocer.

Este aparato se compone de una placa palatina en caucho duro vulcanizado que soporta los dientes artificiales y que en su

totalidad presenta el aspecto de una dentadura ordinaria. Esta placa lleva una especie de bolsa de goma, adaptada lo mejor posible según la forma del maxilar ó de la porción separada. Un tubo en oro incrustado en la placa dura, hace comunicar esta cavidad con el exterior. La extremidad interna del tubo es obturada por una válvula en caucho y la extremidad exterior por un vástago que soporta uno de los dientes del aparato.

Cuando el paciente quiere colocarse su aparato no tiene más que echar el aire de esa especie de bolsa que, aplastándose fácilmente, deja el aparato con un espesor no mayor que el de una dentadura ordinaria. Una vez colocado el aparato, el pa-



ciente, por medio de una pequeña bomba ó de una pera de aire, da entrada á este á la cavidad de goma que se hincha y queda muy dura. Repito que este aparato no tiene la pretensión de reemplazar los otros de este género, pero creo, sin embargo, que en ciertos casos ha de presentar positivas ventajas.

Hemos tenido ocasión de construirlo para dos enfermos á los cuales se les había practicado la resección; al uno, de todo un maxilar superior, y al otro de una gran parte del mismo hueso. En ambos casos fué perfectamente tolerado. La retención era perfecta no obstante el pequeño número y tamaño de ganchos

Otra de las ventajas de este aparato es su ligereza, bastante apreciable por los que tengo el honor de mostraros, que apenas pesan 25 gramos. No obstante esta ligereza, se obtiene por la dilatación de la bolsa susodicha, una resistencia bastante grande que puede compararse á la que pueda presentar cualquier otro aparato.

Esta resistencia es suficiente para impedir la formación de cicatrices viciosas y las deformaciones de la cara. En el caso que esto último se produzca, como ocurre frecuentemente, por ejemplo, en el caso de que exista cierta tirantez por la resistencia cicatricial que tira del párpado inferior, este aparato nos prestará un verdadero servicio.

Si se notara que la presión de esta bolsa es insuficiente, se podrá proceder para remediarlo de dos maneras diferentes, sea aumentando su volumen sobre la parte que se trata de contener, sea simplemente disminuyendo el espesor del caucho en esta misma parte. Por este último medio, se producirá cuando el paciente inyecte el aire en su aparato, una especie de hernia que comprimirá los tejidos retraídos.

En resumen; este aparato á nuestro juicio, presenta las ventajas siguientes: facilidad suma de construcción, medio bastante poderoso de contención; ligereza, resistencia y tratamiento posible de cicatrices viciosas.

LA ENSEÑANZA PREPARATORIA DEL ESTUDIANTE EN CIRUGIA DENTAL

considerada como primer año de estudios en las escuelas dentales (1)

por el DR. CH. GODON
Director de la Escuela Dental de París.

(Continuación.)

II

Enseñanza preparatoria práctica especial de operatoria para los alumnos doctores en Medicina.

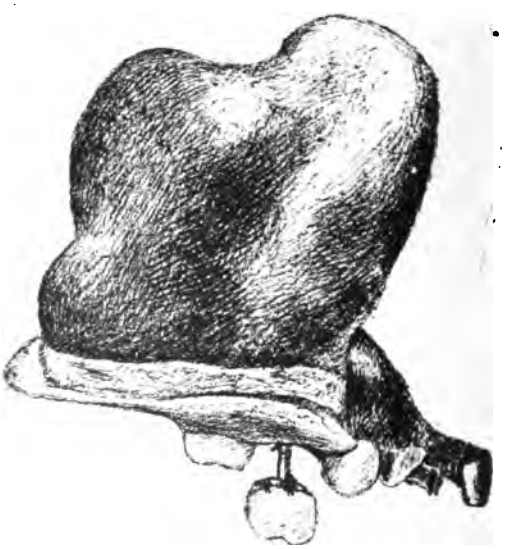
El curso especial para los doctores en medicina comprende dos lecciones semanales de una hora, que comienzan en la octava lección del programa precedente hasta la treinta y después de la treinta y siete á la noventa.

Durante los demas días se dan á estos alumnos modelos

(1) Véanse nuestros números de Junio y Julio.

totalidad presenta el aspecto de una dentadura ordinaria. Esta placa lleva una especie de bolsa de goma, adaptada lo mejor posible según la forma del maxilar ó de la porción separada. Un tubo en oro incrustado en la placa dura, hace comunicar esta cavidad con el exterior. La extremidad interna del tubo es obturada por una válvula en caucho y la extremidad exterior por un vástago que soporta uno de los dientes del aparato.

Cuando el paciente quiere colocarse su aparato no tiene más que echar el aire de esa especie de bolsa que, aplastándose fácilmente, deja el aparato con un espesor no mayor que el de una dentadura ordinaria. Una vez colocado el aparato, el pa-



ciente, por medio de una pequeña bomba ó de una pera de aire, da entrada á este á la cavidad de goma que se hincha y queda muy dura. Repito que este aparato no tiene la pretensión de reemplazar los otros de este género, pero creo, sin embargo, que en ciertos casos ha de presentar positivas ventajas.

Hemos tenido ocasión de construirlo para dos enfermos á los cuales se les había practicado la resección; al uno, de todo un maxilar superior, y al otro de una gran parte del mismo hueso. En ambos casos fué perfectamente tolerado. La retención era perfecta no obstante el pequeño número y tamaño de ganchos

Otra de las ventajas de este aparato es su ligereza, bastante apreciable por los que tengo el honor de mostraros, que apenas pesan 25 gramos. No obstante esta ligereza, se obtiene por la dilatación de la bolsa susodicha, una resistencia bastante grande que puede compararse á la que pueda presentar cualquier otro aparato.

Esta resistencia es suficiente para impedir la formación de cicatrices viciosas y las deformaciones de la cara. En el caso que esto último se produzca, como ocurre frecuentemente, por ejemplo, en el caso de que exista cierta tirantez por la resistencia cicatricial que tira del párpado inferior, este aparato nos prestará un verdadero servicio.

Si se notara que la presión de esta bolsa es insuficiente, se podrá proceder para remediarlo de dos maneras diferentes, sea aumentando su volumen sobre la parte que se trata de contener, sea simplemente disminuyendo el espesor del caucho en esta misma parte. Por este último medio, se producirá cuando el paciente inyecte el aire en su aparato, una especie de hernia que comprimirá los tejidos retraídos.

En resumen; este aparato á nuestro juicio, presenta las ventajas siguientes: facilidad suma de construcción, medio bastante poderoso de contención; ligereza, resistencia y tratamiento posible de cicatrices viciosas.

LA ENSEÑANZA PREPARATORIA DEL ESTUDIANTE EN CIRUGIA DENTAL

considerada como primer año de estudios en las escuelas dentales (1)

por el DR. CH. GODON
Director de la Escuela Dental de París.

(Continuación.)

II

Enseñanza preparatoria práctica especial de operatoria para los alumnos doctores en Medicina.

El curso especial para los doctores en medicina comprende dos lecciones semanales de una hora, que comienzan en la octava lección del programa precedente hasta la treinta y después de la treinta y siete á la noventa.

Durante los demas días se dan á estos alumnos modelos

(1) Véanse nuestros números de Junio y Julio

tipos para imitar en el laboratorio, donde pueden trabajar con alumnos del curso regular.

III

Enseñanza preparatoria práctica especial de operatoria sobre el aparato fantasma para los alumnos de segundo y tercer año.

59.ª *lección operatoria elemental.*—Indicaciones elementales sobre los diferentes métodos de orificación con oro blando y no cohesivo y con la ayuda del estaño en hojas. Elección y modo de empleo de los instrumentos. Obturación con el estaño en cilindros de una cavidad simple central triturante.

60.ª *lección práctica.*—Obturación con el estaño en cilindros de una cavidad lateral.

61.ª *lección práctica.*—Obturación con el estaño en cilindros de una cavidad compuesta con combinación de cemento.

62.ª *lección práctica,*—Procedimiento de obturación con los esmaltes de porcelana. Procedimiento de obturación con los esmaltes ajustados.

63.ª *lección práctica.*—Procedimiento de obturación con los esmaltes fundidos.

64.ª *lección práctica.*—Procedimiento de restauración de los dientes por medio de las coronas metálicas. Preparación del diente.

65.ª *lección práctica.*—Ensayo y articulación de la corona.

66.ª *lección práctica.*—Terminación y pulimento de la corona y fijación con cemento.

67.ª, 68.ª, 69.ª y 70.ª *lecciones prácticas.*—Procedimiento de preparación de las raices para fijación de dientes Richmond. Procedimiento de ajuste y fijación de coronas Logan.

El número de estas lecciones puede limitarse á la 58 ó á la 61, pudiendo igualmente extenderse según que el programa de esta enseñanza preparatoria sea para durar seis meses ó un año escolar.

Un año sería evidentemente preferible, para que el alumno no llegara á la sala de operatoria sin una preparación muy suficiente desde el punto de vista manual; pero la segunda división de los trabajos prácticos debe de ser muy detenida, con el fin de que las obturaciones propiamente dichas, las demostraciones de orificación, de esmaltes y de coronas, queden reservadas para los alumnos de segundo y tercer año, ó por una divi-

sión especial de alumnos, los doctores en medicina, por ejemplo, que no deben hacer más que dos años de estancia.

IV

Enseñanza preparatoria teórica para el primer año. Cursos teóricos.

Programa del curso elemental de anatomía dentaria.

Generalidades aplicables á todos los dientes. Seis lecciones.—Definiciones. Estudio teórico de un diente. Histología. Esmalte, cemento, hueso. Dentina, pulpa. Periodonto, encía. Embriología. Erupción de los dientes.

Anatomía descriptiva. Nueve lecciones.—Grupo incisivo. Grupo canino. Grupo premolar. Grupo molar. Dientes temporales. Arcadas dentarias articuladas. Hueso maxilar superior. Palatino. Maxilar inferior. Articulación temporo-maxilar.

Músculos, vasos, nervios, boca. Once lecciones.—Músculos masetero, temporal y pterigoideo. Músculos de la región subioidea. Vasos, carótida externa. Venas linfáticas. Nervio trigémino. Nervio facial, glosofaríngeo, hipogloso. Boca, lengua, velo del paladar, faringe, anejos, grándulas salivales.

Nociones de anatomía dental comparada. Cuatro lecciones.—Tejidos. Esmalte. Cemento. Pulpa. Dentina. Articulación alveolo dental. Organos. Tipos de denticiones.

Revisión y preguntas.

Programa del curso elemental de patología y clínica dental.

1.° Definición y división de la patología. Nociones elementales de patología general, causas, síntomas, diagnóstico, pronóstico, terapéutica.

2.° Las causas se dividen:

A. Según la naturaleza del agente patógeno

B. Mecánicas, físicas y químícas

C. Según la acción sobre el organismo (eficientes, coadyuvantes, predisponentes).

3.° Reacción del organismo (en general) y de los órganos (en particular) á los agentes patógenos enumerados (mecánicos, físicos y químicos.)

4.° Reacción del organismo (en general) á los agentes animados, parásitos, agentes infecciosos. Intección. Supuración.

5.° Reacción de un órgano particular (el diente) á los agentes infecciosos. Caries dentaria. Etiología del diente.

6.° Clasificación y grados de la caries dentaria; caries de primero y segundo grados. Curación expontánea. Dentina secundaria.

7.° Caries de tercer grado. Pulpitis.

8.° Caries de cuarto grado. Periodontitis.

9.° Caries de cuarto grado. Fluxión, absceso, fístulas, exostosis.

10.° Propagación de los accidentes infecciosos á los órganos vecinos: senos, músculos, orejas.

11.° El tártaro, transtornos gingivales, gingivitis y estomatitis no específicas.

12.° Gingivitis y estomatitis específicas, muguet, estomatitis aftosa.

13.° Estomatitis sifilítica, ulceraciones bucales, épulis.

14.° De la dentición. Evolución y erupción dentarias, cronología y períodos de la erupción, desarrollo correspondiente de los maxilares.

15.° Accidentes de la primera y segunda dentición. Conservación y extracción de los dientes caducos.

16.° Tercer período de dentición; accidentes de la muela del juicio.

17.° Anomalías dentarias. Clasificación.

18.° Anomalías de erupción.

19.° Anomalías de colocación.

20.° Anomalías de construcción.

21.° Anomalías de los maxilares; articulación dentaria.

22.° De la extracción de los dientes. Indicación y contraindicación. Precauciones preliminares.

23.° De los accidentes de la extracción.

24.° Consecuencias patológicas de las obturaciones, accidentes dolorosos infecciosos

25.° La observación clínica, diferencia con el estudio patológico.

26.° Toma de la observación clínica. Interrogatorio del enfermo.

27.° Toma de la observación clínica. Examen del enfermo.

28.° Toma de la observación clínica. Redacción de la observación.

29.° y 30.° Revisión y preguntas.

Programa del curso elemental de terapéutica especial.

1.ª lección.—Definición de la terapéutica. Su fin.—*2.ª lección.*—Indicaciones. Medicación. Remedios morales, físicos, imponderables, ponderables.—*3.ª lección.*—Medicamentos. Materia médica. Farmacología.—*4.ª lección.*—Farmacodinamia. Efecto fisiológico de los medicamentos. Método experimental. Equivalente tóxico. Dosis.—*5.ª lección.*—Métodos terapéuticos: patogénica, sintomática, fisiológica, empírica, estadística. Diferencia entre método y procedimiento.—*6.ª lección.*—Procedimientos terapéuticos. Acción física. Medios locales. Acción medicamentosa Acción germicida. Acción trófica.—*7.ª lección.*—Vías de introducción de los medicamentos. A. Método epidérmico, hipodérmico é intradérmico. B. Inoculación. C. Tubo digestivo; boca; intestino recto. D. Vías respiratorias. E. Mucosas y serosas.—*8.ª lección.*—Acción y eliminación por los riñones, pulmones, glándulas, intestinos.—*9.ª lección.*—Tolerancia. Intolerancia Costumbre. Acumulación. Antagonismo. Incompatibilidad química.—*10.ª lección.*—Dosis. Sexo. Edad. Clima.—*11.ª lección.*—Tabla de Gaubius. Capacidad. Medidas usuales.—*12.ª lección.*—Arte de formular. Composición. Inscripción. Instrucciones. Métodos de fórmulas.—*13.ª lección.*—Formas farmacéuticas. Polvos, extractos, alcoholatos, hidrolatos, tinturas, jarabes, pastas, pastillas, gránulos.—*14.ª lección.*—Tisanas, decocción, maceraciones, infusiones, emulsiones, gargarismos, colutorios, tópicos, inyecciones.—*15, 16 y 17.ª lecciones.*—Clasificación de los medicamentos.—*18.ª lección.*—Terapéutica de la caries dentaria. Materias obturatrices; gutapercha, cemento, amalgamas, oro, porcelanas. Caries de primer grado.—*19.ª lección.*—Caries de segundo grado. Odontálgicos.—*20.ª lección.*—*Coiffage* de la pulpa.—*21.ª lección.*—Caries de tercer grado. Caústicos.—*22.ª lección.*—Caries de cuarto grado y sus complicaciones; antisépticos, antiflogísticos.—*23.ª lección.*—Asepsia y antisepsia. Del operador, de los instrumentos, del paciente.—*24 y 25.ª lecciones.*—Anestesia local; frio, electricidad, inyecciones intragingivales.—*26.ª lección.*—Anestesia general. Historia.—*27.ª lección.*—Protóxido de ázoe.—*28.ª lección.*—Eter.—*29.ª lección.*—Cloroformo.—*30.ª lección.*—Anestésicos diversos. Métodos mixtos.—Revisión y preguntas.

(Continuará).

En los periódicos profesionales de los Estados Unidos, recientemente llegados, encontramos numerosos datos que nos demuestran la importancia extraordinaria que va á tener el próximo Congreso dental internacional ya muy próximo á inaugurarse.

Son muy numerosas las adhesiones de todas partes del mundo, y las esperanzas de los que asisten á estos torneos científicos para oir la voz de sus principales eminencias, seguramente no se verán defraudadas.

El Comité local ha hecho circular profusamente una lista de los principales hoteles y sus precios, para desvanecer la idea muy extendida de que estos hubieran de ser muy exorbitantes. En efecto, recorriendo dicha lista, se ve que los precios no son mayores que los corrientes en las grandes capitales, en hoteles de primer orden y en épocas de exposiciones universales, sobre todo teniendo en cuenta el extraordinario *confort* que se anuncia en estos alojamientos.

De nuestro país ya han salido algunos compañeros, y como en otro lugar de este número verán nuestros lectores, en estos días saldrán los restantes.

Que sepamos, españoles van los Sres. Aguilar, Losada, Subirana, Otaola y Palacios, y extranjeros residentes en nuestro país los Sres. Cadwallader y Bostwich.

La Odontología, como siempre tendrá al corriente á sus lectores de lo que ocurra en este Congreso, del cual se ocupará á su debido tiempo con la detención que su importancia merece.

***

La Federación Dental Internacional.

La próxima reunión (cuarta anual) se verificará en San Luis el 26 y 27 del corriente en el *Coliseum Building*. La primera sesión será presidida por el Dr. Charles Godon á las once de la mañana del primero de los citados días.

Se verificará una reunión del Consejo ejecutivo el Jueves 25 á la diez de la mañana en el hotel Jefferson.

La sección de educación se reunirá á las tres de la tarde del viernes 26.

La sección de la Prensa dental internacional se reunirá á las cuatro y media de la tarde del viernes 26.

La sección de higiene y servicios dentales públicos se reunirá á las tres de la tarde del viernes 26.

Los miembros con cargo de las distintas secciones son:

Educación.—Presidente, Dr. T. W. Brophy; vicepresidentes, Dr. E. C. Kirk, Dr. W. B. Paterson, Dr. O. Zsigmondy; secretarios, Dr. M. Roy y Dr. R. B. Weiser.

Higiene y servicios dentales públicos.—Presidente, Dr. W. D. Miller; vicepresidentes, Dr. Cunningham, Dr. Förberg, Dr. Jenkins, Dr. Röse; secretarios, Dr. R. Heide, Dr. E. Sauvez y Dr. R. B. Weiser.

Prensa dental internacional.—Presidente, Dr. E. Förberg; vicepresidente, Dr. A. W. Harlan; secretario, M. E. Papot.

Consejo ejecutivo.—Presidente, Dr. Ch. Godon; vicepresidentes, Dr. A. W. Harlan y Dr. W. D. Miller; secretario, Dr. E. Sauvez; tesorero, F. Aguilar.

Miembros.—Dr. G. Cunningham, Dr. E. Förberg, Dr. R. B. Weiser, Dr. J. E. Grevers, Dr. F. Hesse y Dr. Klingelhöfer.

El presidente del Comité de organización del Congreso dental internacional de San Luis, el Dr. Burkhart, nos hace saber que conforme á la proposición del profesor Miller, de Berlín, en la sesión de la F. D. I. de Abril de 1904, el Comité de organización del cuarto Congreso dental internacional ha designado á los Sres. E. C. Kirk, de Filadelfia; J. Y. Crawford, de Nashville; W. Crenshaw, de Atlanta; W. Carr, de New York, y A. H. Peck, de Chicago, como miembros del Comité del Congreso dental internacional de la Federación dental internacional.

Este Comité tendrá la misión de recibir los archivos y documentación de la F. D. I. de dar un informe al Congreso sobre el funcionamiento de este organismo en su primer período y sobre las condiciones de funcionamiento en el segundo período.

LEUCOPLASIA BUCAL

por D. ALFREDO TOMÁS COQUET

Dentista ayudante de la Sanidad Militar de la Argentina. (1)

Historia.—Descubierta por Samuel Plumbé en 1837, el que le dió el nombre de *Setiosis lingual,* descripta poco después por Raposi que la llamó *Leratosis mucosa osis,* y también por Bazin que la llamó *Proriasis bucal* y otros diversos autores como Debone, Vidal, etc., que han descripto esta enfermedad á la que prestaban detenida atención por la diversidad de opiniones.

Hoy es bastante conocida y la mayoría de los autores rechazan todos estos nombres para no conservar más que la denominación debida á Devesgie, el que la llama «Placas blancas» y la de Vidal de «Leucoplasia».

Definición.—La leucoplasia bucal es una afección escamosa de carácter crónico, que tiene su asiento sobre todo en la cara interna de los carrillos y con mucha más frecuencia en la cara dorsal de la lengua y de los labios.

Esta afección está caracterizada por la existencia de escamas blancas y gruesas y por la induración de la mucosa que por lo general está hendida y ulcerada.

Evolución clínica.—La afección empieza por manchas redondeadas, al principio eritematosas, después blanquecinas y cubiertas de una descamación especial.

Al nivel de estas manchas, las papilas están aplanadas y agrupadas, después se extienden y toman un color blanco agrisado, blanco mate ó blanco nacarado, debido á espesas láminas epidémicas que pueden ser separadas en una longitud de 1 á 3 centímetros, según el profesor Vidal.

Más tarde, se ve en un momento dado, producirse ulceraciones, debidas á la descamación excesiva de las partes enfermas y que se separan con mayor ó menor rapidez.

Al mismo tiempo, aparecen fisuras que agrietan irregularmente el dorso de la lengua.

En este período, la leucoplasia se presenta con un cierto grado de induración superficial.

Más tarde, aun al mismo tiempo que las placas se han generalizado á la mayor parte de la lengua se las ve en ciertos puntos cubrirse de pequeñas elevaciones cónicas y córneas, de lo que resulta un aspecto papilomatoso especial que algunos autores consideran como caracterizando el segundo grado de la afección, confinando con el epitelioma.

La leucoplasia existe largo tiempo sin producir desórdenes funcionales, pero en un período, aunque sea poco avanzado, determina la rigidez de la lengua y de aquí la dificultad de la masticación, de la deglución y á veces de la pronunciación, después cuando se han presentado las ulceraciones y las fisuras, sobreviene el dolor y la salivación.

La enfermedad puede formarse y vencer indefinidamente en su primer estado, pero en el mayor número de los casos, se torna papilomatosa en un momento dado y esta modificación no es más que el preludio de una transformación en epitelioma.

Este aparece generalmente en uno de los bordes de la lengua y bajo el aspecto de una induración profunda y dolorosa que crece con mayor ó menor rapidez y sigue luego la marcha bien conocida del cáncer lingual; esta transformación, es bien sabido, que no se produce antes de los diez ó doce años.

La curación parece que es posible, pero muy dudosa por lo general.

Anatomía patológica.—En los casos de leucoplasia reciente, se comprueba por medio del examen histológico, un engrosamiento de la capa superficial de la epidermis y la capa granulosa. Al contrario, las prolongaciones intercapilares del cuerpo mucoso de Malpighi, están disminuídas; en su longitud el dermis está infiltrado de células embrionarias, principalmente en sus capas superficiales.

Más tarde, cuando se han producido fisuras, se notan á su nivel diversas degeneraciones de las células de Malpighi, como alteraciones cavitarias, estado granuloso, etc., el dermis subyacente a estas fisuras, se halla más inflamado que el resto de la porción mucosa.

Las células superficiales, no tienen ya el aspecto córneo: la capa granulosa disminuye de grosor, después desaparece y gran número de células del cuerpo mucoso quedan vacías.

Por último, aparece el epitelioma teniendo como punto de partida, según los casos, las prolongaciones interpapilares y el

fondo de las fisuras ya pequeñas vegetaciones berrugosas que constituyen la forma papilomatosa de Zeloir.

Etiología.—Desconocida en el niño la leucoplasia, es bastante rara en la mujer.

En general, es una afección del hombre adulto ó de edad madura. La causa primera es desconocida aún; como causa secundaria se atribuye á los irritantes locales, como el tabaco, etc.

Existe una causa que es necesario tener en cuenta, pues ella constituye la agravación ó mejor dicho, produce la transformación en neoplasma, esta es, los mercuriales y el ioduro de potasio.

Pronóstico.—Al principio de esta enfermedad, el pronóstico depende de las evoluciones clínicas y por consiguiente, debe reservarse, pero más tarde reviste el carácter de una afección grave.

Diagnóstico.—En el segundo período, tratándose de un enfermo que no sea sifilítico, el diagnóstico es fácil.

La leucoplasia puede confundirse con la glositis producida por el tabaco, pero se distingue por sus escamas delgadas y muy adherentes, por su localización más especial en triángulos de vértice vuelto hacia las comisuras; pero en ciertas formas de glositis esclerosa sifilítica, es donde puede dificultar el diagnóstico.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, la afección específica se distinguirá por el aspecto lobulado de la lengua, por las escamas delgadas y adherentes por su predilección en los bordes y vértice de la lengua, y por último, cede al tratamiento específico, mientras que la leucoplasia se agrava con él.

Tratamiento.—Debe ordenarse la suspensión absoluta de todas las causas irritantes, el uso de gargarismos, alcalinos y emolientes y para las fisuras los toques con ácido crómico.

Cuando aparece el estado papilomatoso, el cirujano debe intervenir, como si se tratara propiamente de un cáncer.

ANTROPOMETRÍA MILITAR (1)

ESTADO DE LA DENTADURA

por D. VENANCIO PLAZA BLANCO

Médico primero de Sanidad Militar.

Uno de los datos antropométricos de la estadística oficial es el *estado de la dentadura*. En Antropología tiene importancia la observación de los dientes, no sólo para fijar las edades, sino también como carácter de raza.

La fórmula dentaria del hombre, usada desde *Blainville*, para expresar simbólicamente el número y distribución de los dientes es como sigue:

$$i\,\frac{2-2}{2-2}\quad c\,\frac{1-1}{1-1}\quad p\,\frac{2-2}{2-2}\quad m\,\frac{3-3}{3-3}=32$$

Los numeradores corresponden á la arcada superior y los denominadores á la inferior. Vemos, pues, que cada arcada tiene cuatro incisivos, dos caninos, cuatro premolares y seis molares.

El orden de aparición de los dientes parece ser el mismo en todas las razas, pero no así la época de la erupción de cada uno. Célebres antropólogos han formado tablas para la determinación de la edad por los dientes. En España no tengo conocimiento que se haga nada en este sentido, y es de desear que los médicos y hasta los maestros y los mismos padres recojan los datos relativos á la época de aparición de los dientes para formar la tabla correspondiente á nuestra raza, en la cual es indudable que se adelantan todos los períodos de erupción dentaria comparados con las observaciones sacadas de otros pueblos.

Según Broca, la época de aparición de los dientes y la determinación, mediante ella, de la edad, son como sigue:

Primera dentición.—Incisivos medios, 12 meses; ídem laterales, 18 ídem; molares anteriores, 24 ídem; ídem posteriores, 30 ídem; caninos, 36 ídem.

Segunda dentición. — Molares primeros, 6 años; incisivos

(1) De *La Medicina Militar Española* tomamos este estudio del doctor Plaza Blanco, que consideramos muy interesante desde el punto de vista de los servicios que nuestra profesión puede prestar á la ciencia

medios, 7 ídem; ídem laterales, 8 ídem; primeros premolares, 10 ídem; segundos ídem, 12 ídem; caninos, 13 ídem; molares medios, 14 idem; muela del juicio, 25 ídem.

Como ya hemos dicho, en nuestra raza se adelantan todos los períodos de la dentición y no podemos adaptarlos al cuadro de Broca. El último molar, ó *muela del juicio*, es sin duda de gran interés en Antropología. En las razas superiores se presenta á una edad más avanzada que en las inferiores, razón por la cual el mismo Darwin concede á este molar un carácter atávico, estando más distantes del antropoide aquellas razas en las que la muela del juicio nace más tarde. Cuando en algún individuo se note la falta de este molar, conviene determinar con precisión á qué es debida, pues á veces ocurre que no sale la muela del juicio por falta de espacio en que desarrollarse.

En nuestra raza, tengo recogidas 1.800 observaciones sin distinción de sexo, y en todas ellas aparece la muela del juicio antes de los veintitrés años. El caso más precoz es el de una joven que á los quince años ya tenía el último molar.

Cuanto hemos dicho hasta aquí se refiere al estudio de la dentición; pero en Antropometría hay necesidad de observar la dentadura, ó sea el *estado* de los dientes. Generalmente en Antropometría se observan las dentaduras por las piezas cariadas, advirtiéndose hasta cinco grados: primero, muy bueno, sin ningún diente enfermo; segundo, bueno, uno ó dos cariados; tercero. regular. tres á seis atacados de caries; cuarto, malo, con menos de la mitad y más de seis enfermos; y quinto, muy malo, en que faltan más de la mitad de las piezas dentarias.

El estado de la dentadura puede tener su significación étnica; no son pocos los que afirman que las razas superiores tienen peor dentadura que las inferiores, del mismo modo que en éstas el tamaño de los dientes aumenta inversamente, por más que *Regnault* niegue este hecho en las razas *neocaledonias*. Este observador afirma que el canino superior de los negros y neohébridos es parecido al de los antropomorfos. En las llamadas razas inferiores, la corona es más ancha respecto al cuello en los molares.

Innumerables detalles consignan algunos antropólogos para constituir cual carácter étnico importante cuanto con la dentadura se relaciona. Creemos algo exageradas algunas apreciaciones, y nos abstenemos de hacerlas nuestras, ni aun de copiar-

las á título de curiosidad. Con lo dicho basta en Antropometría para conocer lo más necesario é interesante del estudio de la dentición y de la dentadura.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

En la última sesión celebrada por esta Corporación, el Tesorero saliente D. Tirso Pérez dió cuenta del estado de Caja en 30 de Junio de 1904, cuyo extracto insertamos á continuación, como dato seguramente curioso para nuestros lectores, que como verán, dado el carácter científico de la Sociedad mencionada y no obstante los dispendios extraordinarios impuestos recientemente por el último Congreso y otros conceptos, puede juzgarse por estos datos que goza de una posición *relativamente desahogada*.

EXTRACTO DE CAJA

INGRESOS	Ptas.	Cts.	GASTOS	Ptas.	Cts.
Existencia en 1.º de Julio.	2.271	90	Gastos totales en Julio...	1.076	90
Ingresos totales en Julio.	135	00	» en Agosto.....	65	00
» en Octubre.....	80	00	» en Septiembre....	40	00
» en Noviembre..	75	00	» en Octubre.....	41	60
» en Diciembre...	262	50	» en Noviembre....	41	50
» en Enero.....	125	00	» en Diciembre.....	144	00
» en Febrero.....	85	00	» en Enero.....	56	00
» en Marzo.....	85	00	» en Febrero.....	55	90
» en Abril.....	82	50	» en Marzo.....	143	45
» en Mayo.....	665	85	» en Abril.....	68	30
» en Junio.....	82	50	» en Mayo.....	59	30
			» en Junio.....	28	30
			Existencia en fin de mes..	2.130	00
TOTAL.....	3.950	25	TOTAL.....	3.950	25

POR EL PROFESOR NEMO

En el paraíso.

De una carta dirigida desde Buenos Aires á nuestro colega *L'Odonto Stomatologia*, de Nápoles, referente al II Congreso Médico Latino Americano, copiamos el siguiente curioso párrafo:

«El catedrático Dr. Etchepareborda, con la asistencia del ayudante Francisco Díez, practicó varias extracciones con protóxido de ázoe y oxígeno con excelentes resultados. Durante la operación los pacientes no presentaron contracción muscular alguna, siendo su aspecto casi normal.

»Una señora de la Italia meridional de 30 á 35 años, veinte segundos después de serie practicadas dos extracciones bajo anestesia, exclamó: ¡Oh que contenta estoy! He visto y tocado á mi pobre padre en el paraiso, el cual me ha encargado de referir á mi hermano esta buena nueva.

»Esta señora cree ser verdadera esta visión celeste y aseguró que no estaría satisfecha hasta que no pudiera cumplir este encargo de su padre.

»Singular entrevista del padre en el paraiso y la hija sentada en la silla operatoria y rodeada de cincuenta dentistas, con dos molares de menos.»

¡Oh el gas hilarante!

∴

Para reparar los moldes de escayola, por S. Merrill Weeks. (*Dental Cosmos.*)

Un buen procedimiento para reparar los moldes de escayola rotos consiste en el uso del celuloide disuelto en alcanfor y éter á consistencia de crema. Disuélvase el celuloide en una mezcla de partes iguales de eter y espíritu de alcanfor En estas proporciones el celuloíde se disuelve muy rápidamente y debe irse añadiendo poco á poco hasta obtener la consistencia deseada. Esta preparación debe conservarse herméticamente cerrada para evitar la evaporación.

Cuando se desee reparar un molde roto, los fragmentos que hayan de unirse deberán estar bien secos y libres de partículas de yeso. Las superficies que deban unirse se barnizan con la solución de celuloide, y después de bien comprimidas una contra otra se dejan secar.

Este método posee grandes ventajas sobre los procedimientos usuales con materias resinosas. La línea de unión no deja penetrar la humedad, y los moldes así reparados resisten el trabajo de hervido, carga y prensado en el proceso de vulcanización.

∴

Barniz para las cavidades, por el Dr. B. L. Thorp. (*Era*).

El mejor barniz para revestir el interior de las cavidades, es la solución de resina del pino silvestre: dos dracmas disueltos en un dracma de alcohol absoluto, según recomienda el Dr. A. C. Hervett, de Chicago. Esta resina se vende en los establecimientos de instrumentos y artículos musicales y es conocida generalmente con el nombre de resina para violinistas. Esta resina, como todos los balsámicos, posee ciertas propiedades antisépticas debidas á los aceites esenciales que la forman. Constituye un barniz duro y brillante cuando se aplica en una cavidad bien seca, y si se halla sensible es un admirable aislador contra las acciones térmicas sobre la pulpa.

***

La adrenalina en el arte dentario.

El Dr. R. Menger ha ensayado la acción combinada de la adrenalina y la cocaína en la extracción de veinte dientes en una sola sesión. Los resultados han sido tan satisfactorios, que ha comunicado el hecho al *Texas Medical Journal*. Los resultados anteriores y posteriores a la operación fueron mas eficaces y cómodos que bajo la acción del cloroformo. Las inyecciones se continuaron durante la operación, no presentándose efectos perjudiciales subsiguientes no obstante la extrema nerviosidad del paciente. Fué usada una solución de cocaína al 5 por 100 y la mitad de la solución de adrenalina al 1 por 1.000.

Nuevo anestésico.

Se ha descubierto un nuevo anestésico local: la «stovaina».

Esta substancia ha sido extraída por el Dr. Fourneau del grupo químico de los amino-alcoholes. M. Billon la presentó recientemente á la Academia de Medicina de París, y ya ha sido ensayada por los cirujanos Reclus, Chapert y Lapersonne con excelentes resultados.

La toxicidad de la «stovaina» es mucho menor que la de la cocaína y posee las mismas propiedades, por lo cual se puede emplear con mayor amplitud que la cocaína, aplicándola á casi todas las operaciones de los ojos, incluso á la extirpación de las cataratas.

Según M. de Lapersonne, esa substancia es inferior á la cocaína, porque sus efectos son más dolorosos y porque en dosis iguales es menos completa y menos durable la anestesia de la córnea. Pero en inyecciones subcutáneas ó subconjuntivales la «stovaina» es superior á la cocaína. La insensibilidad conviértese en absoluta en menos de un minuto, y dura con largueza el tiempo necesario para ejecutar una operación.

Los ensayos prosiguen en los hospitales de París.

***

Dentaduras difíciles.

El Dr. Richard A. Sprake refiere en *Dental Brief* haber encontrado en su práctica profesional una persona á quien un dentista de la capital en que residía el mismo, hizo tres dentaduras sin conseguir que ninguna

Dr. Sprake ensayó otras tres veces sin mejor resultado. no obstante haber hecho un especial estudio del caso y puesto de su parte cuanto pudo para asegurar el éxito. En aquellos dias leyó en el número del *Dental Cosmos*, de Octubre, un artículo del doctor How sobre casos difíciles en las dentaduras, y procedió á construir un nuevo aparato según las instrucciones que este doctor indicaba, haciendo un surco ó ranura continua en el modelo, juntamente en el punto de inserción de los músculos labiales y bucales y á través del paladar, muy junto al velo ó partes blandas. Hizo otro surco en la parte más profunda del paladar de la forma y tamaño de una válvula de presión ordinaria. En esta disposición, una vez terminada, procedió á colocarla en la boca, viendo con satisfacción que se sostenía absolutamente bien. Pidió al paciente que se la quitara, y con gran sorpresa observó que no podía quitarla, siéndole á él mismo *muy difícil* desprenderla de la boca.

Este ensayo fué renovado por él en otro caso difícil, obteniendo igual favorable resultado.

***

Sobre la articulación.

En muchos casos se presenta la articulación como una de las operaciones más difíciles debido, no á la operación en sí misma, sino á la fuerte preocupación del cliente, que deseando interpretar las instrucciones que su dentista le da para que cierre correctamente la boca, lo hace cada vez peor y más alejado de la normalidad. Para evitar esto, el doctor R. E. Lulher recomienda no se apele á posiciones más ó menos violentas de la cabeza ni á compresiones del maxilar más ó menos violentas, sino simplemente procurar alejar la imaginación del paciente de la acción directa y esencial de abrir y cerrar la boca por medio de otra acción no esencial é indirecta, tal como por ejemplo los movimientos de la lengua. Ejemplo: antes de colocar las piezas de rollos de cera para articular, hagan ejercitar al paciente varias veces en colocar su lengua en el fondo del paladar, cerrando al mismo tiempo los labios y las mandíbulas, y obsérvese con cuidado en qué forma lo hace. Hágase comprender al paciente la gran importancia de que tenga su lengua colocada y apretando contra el paladar lo más atrás que le sea posible, al mismo tiempo que se le haga morder en la cera y mientras dure esta acción recuérdesele varias veces no separe la lengua del citado lugar.

Con la lengua en esta posición y la imaginación del paciente por entero en los movimientos de su lengua, es prácticamente imposible que proyecte el maxilar inferior hacia adelante ó lateralmente.

Otra ventaja de este método, es que al tomar la articulación de una plancha inferior completa se evita que la lengua la desvíe de su lugar y tener la seguridad que descansa verdaderamente sobre la encía

***

NECROLOGÍA

EL DR. A. MASCORT

Recientemente, y muy joven aún, ha fallecido en la Habana el Dr. D. Agustín Mascort y Zaldo, persona competentísima en nuestra profesión y que ha sabido mantener muy alto el nombre de la Odontología, en la que hasta hace poco fué tierra española.

Nacido en la Isla de Cuba, en la ciudad de Trinidad el año 1861, se graduó en la Universidad de Pensilvania el de 1881. Poseía el título de Cirujano dentista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, y era: miembro de la Sociedad de Alumnos, Departamento de Cirugía Dental de la Universidad de Pennsilvania, miembro del Comité de biología y bacteriologia del Congreso Colombiano dental Universal (Chicago, 1893), miembro corresponsal de la «Societé de l'Ecole et du Dispensaire Dentaire de París» y de la Societé d'Odontologie de París»; miembro de la Sociedad de Higiene de la Habana; miembro de la Asociación dental Americana (U. S. A.); miembro de las secciones 4.ª y 8.ª del Congreso Internacional dental, celebrado en París en 1900; Vice-presidente del tercer Congreso Médico Pan-Americano celebrado en la Habana en 1901.

Colaborador del *Dental Cosmos, L'Odontologie, La Moderna Estomatología* (Madrid), La Odontología, la *Crónica Médico Quirúrgica de la Habana,* el *Boletín Médico Farmacéutico de Trinidad* (Cuba), la *Revista de la Asociación Médico Farmacéutica de la Isla de Cuba,* etc.

Miembro de varias Asociaciones civiles de los Estados Unidos, Francia, España, Inglaterra, Cuba, etc.

Opositor reconocido apto para desempeñar la cátedra «A» de la Escuela de Cirugía Dental de la Universidad de la Habana.

Encargado del Negociado de «Estadística» en el Departamento de Sanidad en la Habana, cuyo puesto desempeñaba á su fallecimiento.

Esta enumeración de sus méritos es la prueba más elocuente de su valer y creemos constituyen el mejor galardón para juzgar una personalidad profesional, por desgracia perdida en la plenitud de sus facultades.

Descanse en paz y reciba su familia el más sincero testimonio de nuestro pesar.

Compañía Dental Española

En la noche del 8 de Julio último se verificó la Junta general de accionistas, convocada para cumplir con el precepto reglamentario de examinar y discutir el Balance correspondiente al sexto año social de esta Compañía que terminó en 30 de Junio.

Asistieron, por sí ó por persona delegada, 22 accionistas, representando 108.700 pesetas.

En la Memoria leída por el secretario-depositario se consignan datos y noticias del mayor interés para los accionistas, y de dicha Memoria copiamos los siguientes párrafos:

«El análisis de los diversos capítulos del Inventario-Balance demuestra el estado de prosperidad y auge en que esta Sociedad se encuentra y el desarrollo muy superior á todos nuestros cálculos, que en el presente año han tenido los negocios de esta Compañía.

»Nuestras ventas en los últimos doce meses han ascendido á la cifra de pesetas 229.441,10, realizadas en 4.808 facturas, que comparadas con las de los años anteriores, comprueban el crecimiento constante de nuestros negocios, como puede verse en las siguientes cifras:

Años sociales.	Ventas.	Número de facturas.	Movimiento de Caja.
1898-99	81.552,04	1.037	256.173,06
1899-900	105.001,75	1.580	255.306,77
1900-901	133.606,55	2.451	296.823,00
1901-902	201.959,85	3.661	517.614,20
1902-903	193.554,70	3.896	508.368,25
1903-904	229.441,10	4.808	684.953,90

»El resumen del Inventario Balance del estado actual de la Compañía es el que aparece en la página 405

ACTIVO		Pesetas
Cap.	I. Valores en Caja. . . .	68.254,35
»	II. Créditos en cuentas corrientes.	63.443,70
»	III. Créditos de *La Odontología*	8.076,95
»	IV. Mobiliario é Imprenta. .	18.318,20
»	V. Mercaderías en Depósito .	176.029,25
»	VI. » en camino. .	9.128,50
	TOTAL PTAS. . . .	343.250,95

PASIVO		Pesetas
Cap.	I. Capital social	120.000,00
»	II. Sobrante de los anteriores Balances aplicado á fondo de reserva. . . .	25.000,00
»	III. Obligaciones al 6 % anual	60.000,00
»	IV. Intereses de las Obligaciones	2.520,00
»	V. Depósitos en cuentas corrientes.	53.460,40
»	VI. Intereses de Depósitos en cuentas corrientes. . .	2.168,45
»	VII. Saldos en cuentas de fabricantes	49.637,65
	PESETAS. . . .	312.786,50
	Ganancias y pérdidas. . .	30.464,45
	TOTAL PTAS. . . .	343.250,95

RESUMEN

Importa el Activo		343.250,95
Idem el Pasivo	312.786,50	
Idem las utilidades en el año. . . .	30.464,45	
TOTAL PTAS. . . .		343.250,95

»El movimiento de fondos en nuestra Caja durante el último año social, ha sido el consignado en las siguientes cifras:

COBROS	Pesetas.	PAGOS	Pesetas.
1903 Julio . .	25.859,70	1903 Julio . .	30.241,35
» Agosto. .	44.240,55	» Agosto. .	34.935,70
» Septiembre	8.529,55	» Septiembre	6.029,75
» Octubre .	38.680,20	» Octubre .	25.065,65
» Noviembre	26.467,90	» Noviembre.	25.734,90
» Diciembre.	21.032,85	» Diciembre.	50.803,50
1904 Enero . .	20.358,60	1904 Enero . .	19.983,30
» Febrero .	25.150,90	» Febrero .	24.185,00
» Marzo . .	24,334,35	» Marzo . .	26.214,90
» Abril . .	21.313,35	» Abril . .	13.081,35
» Mayo . .	25.403,45	» Mayo . .	19.975.05
» Junio . .	45.110,55	» Junio . .	19.455,45
TOTAL . .	326.481,95	TOTAL . .	295.705,90

*
* *

»Cumplimentando el acuerdo de la última Junta general, fueron emitidas 60.000 pesetas de Obligaciones con el 6 por 100 de interés, en 600 láminas de 100 pesetas, de las cuales fueron inmediatamente suscriptas 42.000 pesetas, quedando aún en nuestra Caja láminas por valor de 18.000.

»Correspondiendo al objetivo que motivó esta emisión, la totalidad del producto de las Obligaciones colocadas, se ha empleado en la adquisición de dientes artificiales, dejando lotes en Depósito en poder de nuestros principales consumidores y ya estamos tocando las ventajas de este procedimiento, que además de favorecer al comprador, porque le permite sin desembolso tener á su disposición un surtido de dientes del que hacer su selección, aumenta considerablemente el consumo que de ellos nos hacen, como se aprecia viendo que nuestras ventas en los últimos doce meses, han alcanzado la suma de 84.249 dientes.

.....

»Por el personal de la Compañía se están preparando los elementos necesarios para editar un completo catálogo ilustrado que dé mayor facilidad al consumidor para formular sus pedi-

dos, y si la Junta general está conforme en ello, podremos en nuestra sesión del año próximo presentar el catálogo mencionado.

»La revista *La Odontología* ha sido considerablemente mejorada desde el primero de Enero en sus condiciones editoriales para corresponder así al favor del público y de los anunciantes, que en proporción mucho mayor que en ningún otro año, han venido á aumentar la lista de abonados y los importantes ingresos que por publicidad tiene mensualmente nuestro periódico.

*
* *

»Es doloroso para esta Junta de Administración el recordar la pérdida de uno de sus miembros con la muerte de nuestro compañero muy querido, el Dr. H. Heddy, y muy justo es que aquí rindamos un tributo de cariño á la memoria del que fué uno de los primeros fundadores de esta Sociedad, uno de los que más energías y tiempo dedicaron á ella contribuyendo á su engrandecimiento.

.....

»Como en añosa nteriores, la Junta de Administración se complace en hacer constar su gratitud al personal empleado de la Compañía, por la eficacia y celo con que ha desempeñado su cometido, haciéndose por ello acreedor también á especial recompensa.

*
* *

»Hoy termina el periodo de nuestras funciones como individuos de la Junta de Administración, para cuyos cargos fuimos por tres años elegidos por la Junta general, y al expirar ese plazo sentimos la satisfacción de ver el estado tan próspero de esta Compañía que venimos administrando, que al repartir este año el dividendo activo que proponemos, habrá reembolsado á los accionistas por beneficios el 100 por 100, ó sea la totalidad del capital impuesto al comprar sus acciones, ventaja importante en el orden económico, como en el profesional lo son otras que la Compañía ha aportado á la Odontología española. También podemos decir para regocijo de los que planearon su fundación, que esta prosperidad se debe á los sólidos principios en que fué creada nuestra Sociedad, principios que han servido para que en el extranjero se funden otras asociaciones similares, una

en Berlín y otra en París (la «Société Coopérative des Dentistes de France»).

*
* *

»Para terminar, tenemos el honor de proponer á la Junta general de Accionistas.

1.° Que se discuta y apruebe el adjunto Balance.

2.° Que se distribuya á las acciones un dividendo activo del 20 por 100 de su valor nominal.

3.° Que de los beneficios restantes se dediquen 5.000 pesetas á aumentar el fondo de reserva de la Compañía, haciendo que éste se eleve á la suma de 30.000 pesetas.

4.° Que se dediquen 1.000 pesetas para la adquisición de más grabados de los que ya poseemos para ilustrar el Catálogo que tenemos en preparación.

5.° Que se consigne la gratitud de la Compañía para sus empleados por la solicitud con que han desempeñado sus deberes y se les conceda una gratificación cuya cuantía fijará la Junta de Administración.—Madrid 8 de Julio de 1904. El Secretario Depositario, *Florestán Aguilar.—H. Highlands.—Vicente Pérez.*

»Habiendo transcurrido los tres años por los cuales había sido elegida la Junta de Administración, se procedió á la renovación de la misma, resultando elegidos:

Presidente, D. H. Highlands.

Secretario-Depositario, D. Florestán Aguilar.

Vocales, D. Vicente Pérez y D. Bernardo Sánchez.

»Con arreglo á esta elección, que confirma en los puestos que antes ocupaban á los Sres. Highlands y Aguilar, quedó constituída la Junta.

»Acto seguido, en la misma sesión se procedió al sorteo para la amortización del 10 por 100 de las 60.000 pesetas de obligaciones emitidas según acuerdo de la última Junta general. Hecho el sorteo por irradiación insaculando 10 bolas, cada una con un número dígito, salió la marcada con el número *ocho*.

»Con arreglo á la escritura de emisión, quedan amortizadas todas las obligaciones cuyo número termine en 8, que podrán presentarse para su cobro en las oficinas de la Compañía cualquier día laborable.

»Después de otorgarse un voto de gracias á la Junta de Administración por el éxito de sus gestiones, se dió por terminada la sesión.»

RECETAS Y CONSEJOS

Anestesia de la pulpa mediante el ácido fénico y la cocaína.—Habiendo de amputarse la pulpa expuesta sin previa desvitalización, se procede del siguiente modo muy práctico: Se mezcla hidroclorato de cocaína (cristales) y ácido fénico (95 por 100) haciendo una pasta que no sea demasiado blanda y se introduce una pequeña cantidad en la cavidad cariada y en inmediato contacto de la pulpa, se tapa la cavidad con un poco de cera, se destapa algún tiempo después, pudiendo ser extraída la pulpa sin dolor.—Dr. Aguzzis, *Texas Dental Journal.*

Tintura de iodo mejorada.—Según Claret, la tintura de iodo puede mejorarse disolviendo un gramo de iodo metálico y dos gramos de borax en 20 gramos de alcohol al 90 por 100.

Según el autor, la adición del borax evita la formación de ácido iodhrico que algunas veces se forma en la solución ordinaria de iodo, y que es causa de considerable irritación y dolor.

Para el laboratorio.—Cuando se usen conos de fieltro ó ruedas, en el pulido de los trabajos de cauchoc, coronas de oro, etc., úntese previamente el cono ó rueda, ya humedecido, con un trozo de jabón antes de aplicar el pomez. El jabón impide que se calienten demasiado, y además sostiene mejor el polvo de pomez.

Modo de prevenir las náuseas al colocar las dentaduras ó tomar las impresiones.—Sumérjase la dentadura en vinagre fuerte antes de colocarla; en casos rebeldes y cuando se trate de tomar medidas báñese todo el paladar y encías por medio de una torunda de algodón con una solución de mentol ó de tanino concentrada.

La cocaína en la neuralgia del trigémino.—Las doctores Brissand y Grenet recomiendan las inyecciones de un centígramo de cocaína, practicadas en el punto más doloroso, para combatir la neuralgia del trigémino. Para demostrar esto citan algún caso práctico en el que los resultados han sido muy satisfactorios. *(L' Odontologie.)*

Medio de evitar la opacidad en las obturaciones de porcelana.—Para asegurar la transparencia necesaria de una obturación de porcelana es necesario fundirla suficientemente. Un fragmento de porcelana que no esté bien fundida es opaco y tiene el mismo aspecto que una superficie desgastada por la piedra. Para armonizarla con el tinte del diente una obturación debe componerse de porcelana convenientemente fundida y convenientemente preparada. *(Dental Cosmos.)*

Ligaduras de seda.—Para evitar las molestias de los clamps y su colocación, cuando se trata de dientes incisivos y aun caninos y bicúspides, basta muchas veces practicar una ligadura de seda en el cuello del diente después de colocar la goma, para que ésta se mantenga en po-

Pulimento de las planchas de caucho.—Reemplazando el agua ordinaria por una solución amoniacal para mezclar el blanco, se obtendrá un resultado muy satisfactorio. Despues de pulimentada se lava la plancha con agua y se termina con un disco de piel. *(The Dental Register.)*

Algodón con ortoformo.—Se impregna un trozo de algodón en una solución saturada de ortoformo en alcohol, se seca cuidadosamente y se conserva en un frasco de cristal bien tapado. Este algodón es muy útil para obturar los alveolos después de hechas extracciones, con el fin de prevenir el dolor y para otros casos de sufrimiento, como pulpas descubiertas, dislaceraciones gingivales, etc. Es también á la vez anestésico y hemostático, sin presentar ningún inconveniente consecutivo. *(Le Pogrés Dentaire.)*

Los puentes en la piorrea alveolar.—El Dr. Greever, después de haber ensayado distintos medios de tratamiento de esta enfermedad, y en el caso que un aparato de inmovilización no baste, propone extraer el diente defectuoso y reemplazarle *in situ* por medio de un puente juiciosamente establecido. Es el mejor medio, según el autor, de detener la afección y de aumentar la resistencia del enfermo, permitiéndole una masticación facil y perfecta. *(Dental Cosmos.)*

La acoina como anestésico local.—R. W. Simon ha empleado en Alemania la acoina diariamente como anestésico local, pero ha suprimido en la mezcla ordinariamente usada, la cocaína, á la cual acusa de producir escaras. No ha tenido ningún accidente. *(L' Odontologie.)*

HOJAS SUELTAS

Condecoraciones.—Cuando en Septiembre del pasado año nuestro director el Sr. Aguilar estuvo en Turquía, visitó el nuevo Hospital Imperial y Escuela de Medicina que se está construyendo en Constantinopla. El Director de la Academia tuvo ocasión de departir sobre asuntos de enseñanza de la Odontología con el Sr. Aguilar, á quien pidió algunos datos respecto á la organización de estos estudios en los principales países. Para corresponder á esta demanda, nuestro director envió despues una extensa memoria con los pormenores que juzgó de interes.

En recompensa de este servicio, por decreto de S. M. el Sultán, se ha concedido á D. Florestán Aguilar la Cruz de Comendador de la Orden Imperial de Medjidie de Turquía, habiéndole enviado con el nombramiento las correspondientes insignias.

También ha sido propuesto para la cruz de la Orden Bávara de San Humberto el Sr. Aguilar, que en Abril último fué llamado á Munich á prestar sus servicios profesionales á la familia Real de Baviera.

De veraneo.—Han salido de Madrid, ó se preparan para hacerlo en estos días, casi todos los compañeros que tienen la costumbre de ausen-

Este año se lleva un buen contingente el próximo Congreso de San Luis, y con tal objeto han salido ya nuestro director D. Florestán Aguilar, que como nuestros lectores saben jamás falta á estos torneos científicos, y D. Jaime D. Losada, cuyos entusiasmos profesionales todos conocemos.

El director de nuestro colega *La Moderna Estomatología*, que también concurrirá á dicho Congreso, pasará antes unos días en San Sebastián.

También van á San Luis, que nosotros sepamos hasta ahora, los señores Otaola, de Bilbao; Baca, de Málaga; Palacios, de Durango, Cadwallader y Bostwitch.

El Sr. Highlands ha ido á Biarritz con su familia.

El vicepresidente de la Odontológica, D. Bernardo Sánchez, á Bejar, según su costumbre con la suya.

El Sr. López Alonso saldrá un día de estos para San Sebastián.

D. Tirso Pérez, como todos los años, dividirá el tiempo entre su casa de Madrid y la de Carabanchel.

A Deva, D. Vicente Pérez Márquez.

Y por último, los Sres. Salces y García Megías también sabemos que piensan descansar una temporada de las tareas profesionales en distintos puntos que aún no tienen decididos.

Las actas del XIV Congreso internacional de Medicina.—Publicados los tomos *Resumen general* y *Anatomía y Fisiología* del XIV Congreso Internacional de Medicina, se pone en conocimiento de los señores congresistas que tengan derecho á dichos tomos, que pueden pasar á recogerlos en la Secretaría general de dicho Congreso (Facultad de Medicina) de cinco á siete de la tarde, ya personalmente ó mediante autorización escrita.

Banquete del IV Congreso dental internacional.—A última hora sabemos que el banqueto del IV Congreso dental internacional tendrá lugar el día 1.º de Septiembre á las ocho de la noche en el *Coliseum*. La cuota es de *3 dollars*.

Las adhesiones se reciben hasta el 20 del corriente por M. A. H. Fuller, P. O. Lock-Box 604, Saint-Louis (Missouri) al mismo tiempo que las cotizaciones.

Nuevo graduado.—Lo ha sido recientemente, y según nuestras noticias con gran brillantez en la Universidad de Pensilvania, D. José Valderrama, hijo de nuestro querido amigo y compañero de San Sebastián D. Miguel. Nuestra enhorabuena más cordial.

La Odontotecnia.—Con este título á comenzado á publicarse en Madrid un nuevo colega profesional, cuyo aspecto es el más favorable para augurarle un brillante porvenir.

Así se lo deseamos y así será seguramente, teniendo sobre todo en cuenta que el Comité de redacción lo constituyen los prestigiosos nombres de los Sres. Cunnington, Gallardo y Serrano.

Admitimos con gusto el cambio.

Unión Dental Española. —Nuestro estimado amigo D. Tirso Pérez, en contestación á las numerosas cartas que constantemente le dirigen, nos manifiesta: que con el fin de aclarar varios extremos relacionados con la publicación de la revista *Unión Dental Española*, y en vista de que su hijo el Sr. Pérez Cano dejó la dirección por motivos de salud según indicamos en nuestro número anterior, desea hacer constar:

1.º Que la correspondencia administrativa dirigida á su casa, la entrega íntegra al señor Tesorero de la Unión Dental Española, que es el que debe contestar.

2.º Que las revistas de cambio y demás trabajos literarios los remite al señor Serrano, nuevo Director de la misma y á la vez de *La Odontotecnia*.

3.º Que ni él ni su hijo son causa, directa ni indirectamente, de que no se cumpla con los suscriptores y cambios que lo solicitan, lamentando que Revista tan querida de todos los profesionales se halle bajo el peso de la indiferencia más absoluta, por cuya razón todas las reclamaciones que se hagan deberán dirigirse á la Sociedad Unión Dental Española y como consecuencia á su Presidente.

Queda complacido nuestro querido amigo al trasladar á nuestras páginas estas manifestaciones que nos hace.

Fallecimiento.—Ha fallecido en Gandía nuestro compañero el cirujano dentista D. José Pavía Momparler. Muy de verdad acompañamos en su legítimo sentimiento á su numerosa familia.

Una nueva escuela de Odontología.—Bajo el título de *Escuela de Cirugía Dental de la Universidad Labal*, se ha creado en Montreal (Canadá) un nuevo centro dedicado á la enseñanza de la Odontología.

La Universidad ha puesto á disposición de la escuela el emplazamiento necesario para instalar las clases, laboratorios y salas de profesores. La duración del curso será de cuatro años, y los alumnos que terminen con éxito el último exámen recibirán el grado de *doctor en cirugía dental*.

La Asociación de dentistas de la provincia de Quebec ocupará frente á esta escuela la misma posición que el colegio de médicos frente á la Escuela de Medicina. Ella enviará sus representantes á los exámenes, y según sus informes acordará una licencia para practicar en la provincia de Quebec.

Los profesores titulares de la nueva escuela son el doctor Eudoro Dubeau, director; el doctor Nolin, subdirector, y el doctor Gendreau, secretario-tesorero. Estos profesores se proponen dar á la enseñanza la marcha que se sigue en la Escuela Dental de París y en las principales escuelas americanas.

La creación de esta escuela es debida en gran parte á Mr. Dubeau secretario de la Asociación de Dentistas de la provincia de Quebec.

Aumento de texto.—Como verán nuestros lectores, el presente número lleva ocho páginas más de texto por el exceso de original de interés.

LA ODONTOLOGÍA

Año XIII | Septiembre 1904 | Número 9.

TRABAJOS ORIGINALES

FÍSTULA DE LA BARBA DE ORIGEN DENTARIO

por el Dr. O. AMOEDO

Tengo el honor de someter á vuestra apreciación un caso de fístula de la barba de origen dentario que me ha permitido comprobar cuán atrasadas están todavía en París las opiniones de los cirujanos y de algunos dentistas sobre la patología dentaria y peri-dentaria.

El Sr. S., nacido en París, de veinticuatro años, dotado de una buena salud general, no ha sufrido de caries dentaria más que dos veces; en primer lugar, se careó el primer molar izquierdo, siendo después extraído.

Hace cuatro años, el primer molar derecho inferior fué atacado de una artritis aguda, y aunque todavía en muy buen estado, tuve que extraérselo, porque el Sr. S. tenía que irse al día siguiente á New-York, é insistió para que se lo extrajera.

Los 26 dientes restantes estaban indemnes de caries; las muelas del juicio no habían salido todavía.

Hace dos años empezaron los primeros síntomas del estado actual, consistiendo en una fluxión ligera en el lado derecho de la barba que terminó por resolución.

Después, en Junio del año último, encontrándose en Puerto Rico el Sr. S., tuvo una segunda fluxión, terminada igualmente sin supuración.

En Diciembre último nueva fluxión, pero esta vez en tan grandes proporciones, que necesitó la intervención de un cirujano.

La operación consistió en la incisión del flemón, situado en la parte inferior de la barba, sobre la línea media, extendiéndose hasta el surco inferior del vestíbulo derecho.

Las inyecciones proyectadas por el orificio de la barba sa-

El ganglio derecho de debajo de la barba se infartó en esta época y persistía todavía el dia de mi examen.

Todo iba bien excepto el ganglio, cuando en el mes último sobrevino una cuarta crisis seguida como la última vez de supuración.

El cirujano que cuidaba al Sr. S. en Puerto Rico le aconsejó una intervención quirúrgica que debía consistir en el raspado del hueso. Aterrorizado por la perspectiva de esta operación, el Sr. S. tomó la decisión de venir á París.

El médico de Puerto Rico le dió una hoja de observación pero sin indicar el diagnóstico exacto ni la etiología de la enfermedad.

Cuando llegó á París, el Sr. S. consultó primero al médico de su familia, el cual con la intención de precisar el diagnóstico, sometió á los rayos X el maxilar inferior.

Diversas radiografías permitieron á nuestro colega eliminar la idea de necrosis del hueso.

Hasta aquí no se ocuparon del examen de los dientes que á primera vista parecían sanos, y era eso sin embargo lo que tenía que aclararse. Entonces fué cuando nuestro colega me envió al enfermo el 14 de Abril de 1904.

Pero este mismo día, y antes de venir á verme, el Sr. S. fué á consultar con uno de los más eminentes profesores de la facultad, médico de los hospitales, que dió como diagnóstico: adenitis y periostitis. Para obtener una curación, le dijo, es necesaria la intervención quirúrgica.

El enfermo le preguntó si la consulta de un dentista era necesaria, á lo que respondió el profesor que el caso necesitaba la intervención de un cirujano y no la de un dentista.

A pesar de tan categórica opinión, el Sr. S. vino á consultarme poniéndome en antecedentes de lo antedicho.

Examinándole, pude ver que tenía en la línea media de la barba una pequeña cicatriz todavía fresca, debida al flemón que se le operó.

La barba estaba ligeramente tumefacta, y el enfermo que conocía los síntomas, presentía una recaida inminente.

Palpando podía notarse que el ganglio derecho de debajo de la barba tenía casi el grueso de una nuez. En el vestíbulo bucal, un bultito rojo-blanquecino indicaba el sitio de una fístula cicatrizada.

La presión no hacía salir ningún líquido ni por fuera ni por dentro.

Como ya he dicho antes, toda la dentadura estaba indemne de caries. Casi todos los dientes de la región enferma tenían el mismo color.

Sólo por la luz dirigida oblicuamente, pude ver que el canino estaba ténuemente un poco más gris que los otros, y que con el alumbrado de la lámpara eléctrica de boca, este diente me pareció tan transparente como los otros. Pero á pesar de esto, observé una ligerísima opacidad que me permitió diagnosticar la mortificación de la pulpa del canino. Al mismo tiempo precisé la etiología de las complicaciones ya indicadas.

Por lo que respecta á la etiología de la mortificación de esta pulpa, puede atribuirse á un golpe de cabeza de caballo recibido en la barba hace dos años.

Tan pronto establecí el diagnóstico, trepané el canino y encontré, en efecto, que la pulpa había desaparecido completamente de la cámara pulpar.

Habiéndole aplicado con fuerza una inyección de agua oxigenada por medio de una pequeña jeringa, sobrevino una crisis de dolor agudo, pero un instante después las dos fístulas se volvieron á abrir, los gases salieron fácilmente y el dolor desapareció.

Aplicadas nuevas inyecciones, estas pasaron fácilmente por las fístulas sin causar dolor alguno. Rellené entonces la cámara pulpar con mechas de iodoformo disuelto en éter y obturé con gutapercha. Repetí el mismo tratamiento el viernes 15, sábado 16 y lunes 18 de Abril.

En tres días, la forma de la barba cambió por completo y todo parecía en vía de curación rápida.

El lunes 18 de Abril, presenté el enfermo á la Sociedad de Estomatología y el consejo de los compañeros presentes fué, de hacer una inyección de creosota á través de la fístula, proyectada por el diente.

Se citan muchos casos curados en una sola sesión.

El enfermo, muy tímido, no se dejó poner la inyección de creosota que creía muy dolorosa; pero conseguí hacerle otras de cloruro de zinc (á pesar de ser estas más dolorosas), y acabé por curarle completamente la fístula de la barba. No quedaba entonces más que la fístula gingival permeable.

Pero en este momento el ganglio izquierdo de debajo de la barba se infartó á su vez; el enfermo, creyendo su curación retardada y teniendo que volver sin pérdida de tiempo á Puerto Rico, fué á consultar á dos cirujanos y he aquí la carta que recibí de su médico:

«Mi querido colega: Nuestro amigo S. ha visto varios cirujanos, especialmente á los señores T. y R.: estos colegas piensan que es necesario operar y hacer el raspado del hueso, pero son del parecer, que es indispensable primeramente *extraer* el diente; *esta es también mi opinión*. Aprecio además que una vez hecha la extracción, la supuración terminará y quedará curado sin necesidad de otra operación. En ese caso no le será á V. difícil ponerle un diente artificial.—Soy de V. etc.—Doctor X. 6 de Mayo.»

A cuya carta respondí la que sigue:

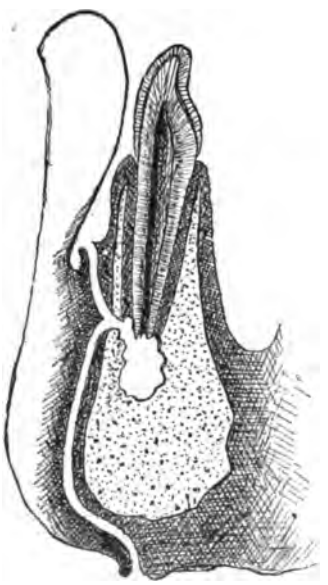
«6 de Mayo de 1904.—Mi querido colega: He recibido su estimada de hoy y me apresuro á manifestarle, que á pesar del respeto que me merecen los profesores T y R., así como su modo de pensar, mi opinión es completamente distinta. Pienso lo mismo que los Estomatologistas con quienes consulté este caso en la Sociedad de Estomatología. La extracción del diente no solamente no estaba indicada cuando la fístula de la barba existía, sino que ahora lo está menos, puesto que la fístula está curada. Este diente, lejos de oponerse hoy á la completa y rápida cicatrización, sirve por el contrario como vía de comunicación para intervenir sobre el tejido enfermo por medio de substancias modificadoras. En cuanto á los ganglios, el que me inquieta más es el izquierdo, y está en vía de rápida resolución; el derecho, aunque ha disminuído de volumen, parece que contiene pus; probablemente es por eso, por lo que su resolución no ha proseguido. Puede que fuera útil sajar este ganglio, pero como esto es de su competencia, lo dejo á su discreción.—Quedo de V. etc.»

Por otro lado, el padre del señor S. me escribió diciéndome que no pensaba de ninguna manera como yo, y que por el contrario, tenía para él mucho valor la opinión de las eminencias médicas, advirtiéndome que pensaba seguir su consejo.

A lo que respondí con esta carta:

«13 de Mayo de 1904.—Muy señor mío: Como respuesta á su estimada de hoy, tengo el honor de adjuntarle una copia de

la carta que he escrito al doctor X, respondiendo á otra en la que me decía que tanto los doctores T. y R. como él, eran de parecer de proceder á la extracción del diente y hacer una operación consistente en el raspado del hueso. Una vez hecha la extracción, dice este doctor, la supuración terminará y quedará curado sin necesidad de otra operación. Es evidente, que después de la extracción y el raspado del hueso, no me quedaría nada que hacer, á menos que como protesista, restaurara los estragos causados por la operación. Pues bien; desde hoy la supuración está terminada y no queda ya ni una gota de pus. Las



Esta figura esquemática da una idea bastante clara de las relaciones anatomo-patológicas que presentaba el caso en cuestión. Se puede suponer fácilmente lo insuficiente que es el raspado externo del maxilar aconsejado por los cirujanos y por el contrario de la eficacia del tratamiento dirigido por el canal radicular del diente, adoptado por los dentistas.

fístulas de la barba y de la encía están curadas. Pero es necesario que durante algunos días continúe haciendo lavados intraoseosos por el diente. Probablemente sólo en los ganglios queda pus, debiendo entenderse con esto el doctor X, que debe manifestar su opinión sobre la intervención. Por consecuencia, V. es libre para dejar mutilar á su hijo extrayéndole el diente, según la opinión de los grandes médicos, pero no encontrará ningún

dentista instruído que se someta, como ya he dicho, á hacer semejante mutilación.—Me repito de V. etc.»

Pues bien, me equivoqué manifestando esto al padre del señor S., puesto que se encontró un dentista que extrajo el diente de su hijo, y este dentista, que es doctor en medicina, afirmó que estando el diente muerto obraba como un cuerpo extraño, siendo indispensable, para obtener una cura, la extracción.

Sin embargo, como ya he dicho, el diente estaba tan sano y bien implantado en su alveolo que costaba trabajo al ojo más experimentado descubrir que el diente estaba muerto.

A mediados de Junio he vuelto á ver al enfermo, antes de irse á Puerto Rico; el ganglio derecho ya había desaparecido, pero el izquierdo estaba todavía infartado, á pesar de una incisión hecha con el bisturí.

Para terminar, persisto en creer que el enfermo se hubiera curado completamente de los ganglios cuidándole por el diente, como ocurrió con la fístula de debajo de la barba.

La extracción se ha practicado inutilmente, y sólo este hecho debe ser considerado como un gran paso hacia atrás dado por la odontología.

OBTURACIONES DE PORCELANA (1)

NUEVO MÉTODO DE OBTURACIONES CENTRALES Y NO CENTRALES POR MEDIO DE BLOQUES DE PORCELANA DE FORMA CÓNICA

por ALFREDO GUTMANN (Portdam).

INTRODUCCIÓN

¿Qué no ha sido ya usado como material de obturación? Aparte de las numerosas clases de amalgamas y cementos, haremos mención del oro y plomo; platino y mástico; metal á baja fusión y marfil; trementina y amianto; hueso y gutapercha y tantos otros materiales. Y nada se ha encontrado hasta el presente que corresponda en absoluto como un producto ideal para sustituir las porciones enfermas de los dientes.

Si nos preguntamos la razón de tan variados ensayos, hallaremos que no es otra que las numerosas y difíciles condiciones necesarias para un material de obturación ideal.

(1) Del *Quarterly Circular*. Traducido por el profesor Nemo.

Miller, en su *Lehrbuch der conservirenden Tahnheilkunde* menciona veinte diferentes condiciones que debe reunir una substancia obturatriz para ser considerada ideal. Pero, nosotros, más moderados en nuestras aspiraciones, mencionaremos solo las tres siguientes:

Fácil manipulación.

Dureza.

y Semejanza con los dientes naturales.

No podemos señalar ninguno de los materiales anteriormente mencionados que reuna en sí mismo las tres condiciones y que por consiguiente pueda llamarse ideal. Aquel que es fácil de manipular no es duro; el que es duro no se asemeja al diente y el que se asemeja al diente no es cómodo de trabajar, etc.

Hoy, gracias á incesantes investigaciones y esfuerzos nos hallamos en situación de poder decir, que hemos encontrado en la porcelana un material de obturación, que si nó verdaderamente ideal para todos los casos, se aproxima grandemente al ideal.

Cuando se habla de las obturaciones de porcelana, generalmente se cree que se trata sólo de las de porcelana fusible. Esto es un error; al mencionar las obturaciones de porcelana, dos clases es preciso tener en cuenta:

Porcelana fundida.

Porcelana en bloques ó incrustada.

El material de ambas clases es la porcelana, pero no la llamada de baja fusión, que solo es vidrio. Además, tienen de común, que al contrario de otras clases de obturaciones, estas son hechas y terminadas en su debida forma antes de insertarlas; mientras que las demás clases de materiales toman la forma de las cavidades mismas, ya sea por presión, percusión ó aplicación en sus paredes.

Existe una radical diferencia en el método de construcción de ambas clases de obturaciones de porcelana. Así, las dividiremos en:

1. Obturaciones de porcelana fundida. Es decir, una obturación de porcelana cuya forma se obtiene por la fusión de la porcelana en un molde, especial para cada caso y cavidad

y 2. Obturación de porcelana tallada. Es decir, una obturación de porcelana cuya forma es obtenida desgastando y tallando en forma rollos de porcelana, partes ó piezas de dientes

artificiales y para las cuales y especialmente en el novísimo método las fresas empleadas para formar la cavidad son de forma dada y graduadas en tamaño. Por el procedimiento de talla ó desgaste hasta un cierto tamaño y forma puede obtenerse un perfecto y exacto ajuste empleando fresas de tamaño y forma correspondiente.

Porcelana fundida.—En la cual incluiremos el vidrio fundido como obturación; fué primeramente ensayada por Murphy en el año 1837, y durante más ó menos largos intervalos mejorado y reimplantado por Land, Rollins, Herbs Sachs, Reisert, Robert Richer, Moeser, Glogau y otros. Ultimamente, y con gran éxito, Jenkins ha presentado un nuevo material de porcelana y un juego de instrumentos para la construcción de las obturaciones ó incrustaciones de porcelana que han obtenido completo éxito en la mayoría de los círculos de la profesión, á tal punto, sin embargo, que su método ha sido á menudo falseado y perjudicado.

Hay dentistas, que cuando algo nuevo aparece en el campo de nuestra profesión se dedican á ello con tan fanático entusiasmo, que dan de lado todo aquello que hasta entonces practicaran, y sólo trabajan aquella novedad que les entusiasmó empleándola en todos los casos, sean favorables ó desfavorables, oportunamente ó inoportunamente.

Esto ocurre con los más variados medicamentos, y en cuanto á la técnica, sólo recordaremos el exagerado entusiasmo con los trabajos de puente, que diez años hace han estado disfrutando de atención favorita. Dentistas ha habido que pensaban que sólo debieran construirse trabajos de puente, y consideraban toda otra índole de ellos como chapuzas. Esto es lo que viene ocurriendo con las obturaciones de porcelana.

¿Cuál es la consecuencia de este proceder? Cierto que habrá profesores hábiles que puedan proceder de este modo absoluto y exclusivo. En la mayoría, sin embargo, el sistema exclusivo es falso. La exageración en el uso de este sistema, como de cualquier otro, trae consigo fracasos que generalmente son atribuidos al procedimiento, pero que en realidad son debidos á su imprudente y extemporánea aplicación.

Cuanto más grande ha sido el entusiasmo en el comienzo, mayor es el desencanto al ocurrir ciertos fracasos. Inmediato resultado de tan inconsiderado proceder

to abandono del método ó sistema preconizado para correr en sentido opuesto, llevando nuevos entusiasmos á otra cosa ó procedimiento, ó bien volviendo descorazonados al empleo de los antiguos y rutinarios métodos. De aquí se deduce que no sólo el procedimiento en sí mismo es perjudicado por las exageraciones de su empleo exclusivo, sino que el paciente y el dentista padecen con tales fracasos.

La lección que de todo esto se desprende, es que se puede y se debe emprender nuevos derroteros sin abandono de los antiguos y probados métodos. O en ótros términos, debemos elegir siempre y considerar cual de entre dos ó más procedimientos es el más adecuado ú oportuno en cada caso.

Y como en todo, en la obturación de los dientes un juicio exquisito y sereno debe presidir en la elección de la materia obturatriz más apropósito en cada caso en tratamiento.

A fin de no ser mal comprendidos, deseamos manifestar aquí cuán en absoluto reconocemos los extraordinarios progresos verificados en la dentística conservadora con la introducción de la porcelana fundida como obturación; sólo condenamos su uso inconsiderado, como igualmente de cualquier otro procedimiento. La porcelana fundida es recomendada como cualquiera otra materia obturadora, y por consiguiente el práctico inteligente debe en todo caso preguntarse: ¿Cuál es el más sencillo y más rápido procedimiento con mejores resultados? Esto le permitirá siempre escoger el mejor procedimiento y más ventajoso para sí mismo y para sus clientes.

Dentro de estas consideraciones recomendamos la porcelana tallada ó recortada, que en casos convenientes para su empleo no es avantajada por ningún otro método de relleno, en atención á su apariencia, sencillez de construcción y seguridad.

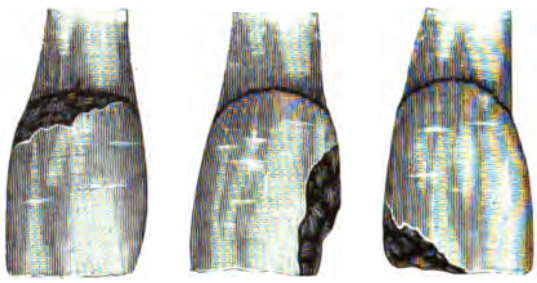
Lejos de esto, las obturaciones de porcelana tallada no han obtenido general introducción en el arte, siendo cada día más olvidadas.

En las escuelas dentales no se enseñan, y rara vez se encuentran en memorias y descripciones. Acaso, en los textos extensos se hace casual referencia á ellas.

Es notable que la porcelana tallada no haya tenido, siendo contemporánea de los orígenes de la porcelana fundida, aceptación, ya que si deseamos proceder con arreglo al anterior principio, eligiendo siempre el método que ofrezca el más sen-

cillo y más corto camino con los mejores resultados y considerando que la porcelana fundida y la porcelana tallada no pueden sustituirse mutuamente, porque empleando la una, la otra es innecesaria; pero sin embargo, casos hay en que uno de ellos es más aceptable que el otro por las condiciones especiales de la cavidad.

Fig. 1



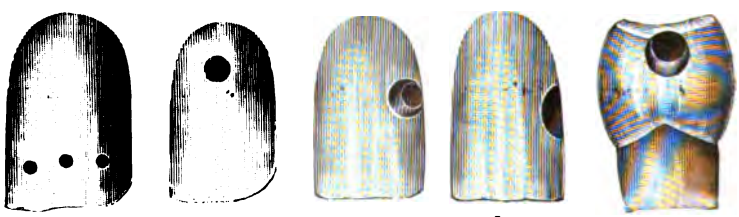
a *b* *c*

Cavidades favorables para la obturación por el metodo de porcelana fundida.

Así, por ejemplo, la porcelana tallada es en sus aplicaciones mucho más restringida que la porcelana fundida; siendo á lo sumo en algunos casos indiferente el empleo de una ú otra.

Cuando se trata de la restauración de ángulos, bordes cortantes ó cavidades de forma alargada é irregular, la porcelana fundida se halla indicada (Fig. 1, a, b, c.)

Fig. 2



a *b* *c* *d* *e*

Cavidades favorables para la obturación por el método de porcelana tallada.

La porcelana fundida no es utilizable en cavidades pequeñas, pero profundas, centrales; y es aún más contraindicada en aquellas cavidades de forma circular ó semi-circular. En estos casos debe emplearse la porcelana tallada (Fig. 2, a, b, c, d, e.)

sión del procedimiento de obturaciones por medio de la porcelana en bloques hasta el presente, considerando todas las ventajas que ofrece, nos atrevemos apenas á creer sea debida á las limitadas ocasiones de su aplicación por los métodos hasta ahora conocidos.

Más adelante veremos, en el curso de este trabajo, que si nos ocupamos principalmente de esta clase de obturaciones, sin embargo los antiguos métodos hallarán también su aplicación en buen número de casos.

Los novísimos métodos que mencionamos y describimos en el presente artículo, amplían virtualmente el campo de su aplicación, de suerte que los partidarios de las obturaciones de porcelana tallada, encontrarán más amplios horizontes para su más general aplicación en la dentística conservadora.

A fin de aumentar el número de partidarios de las obturaciones de porcelana tallada ó en bloques, presentamos este trabajo al mundo profesional. Creemos y esperamos que llenará su objeto y que inducirá á nuestros compañeros á ensayar el procedimiento; y, estamos seguros habrán de emplearle en todos aquellos casos favorables que en su práctica se presenten.

Historia del desenvolvimiento de las obturaciones de porcelana en bloques.

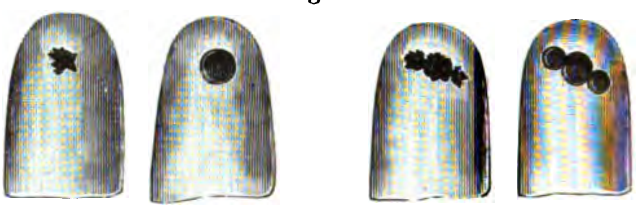
Procedimiento Linderer.—Aparte el material y refiriéndonos solo al procedimiento, las obturaciones con bloques tallados alcanza á Linderer (padre) 84 años hace (1820.) El y posteriormente su hijo que mejoró el método y que en 1834 lo hizo público en su libro *Die Lehre von den gesammten Zahnoperationem (La Doctrina de las operaciones Dentales)* fueron los primeros que ensayaron insertar bloques tallados semejantes por su naturaleza á los dientes, recomendándolas para cavidades anchas y superficiales.

Incrustaciones.—Eran formadas en un trozo de colmillo de caballo marino, serrado ó cortado, después limado y tallado en forma y finalmente comprimido en la cavidad. Recomendadas para cavidades profundas.

Bloques ó tacos.—El procedimiento era como sigue: Los tacos ó bloques se construían del colmillo de caballo marino ó de hipopótamo (éste último, según Linderer, era más duradero que el primero). La cavidad que se trataba de obturar era prepara-

da en forma cilíndrica; limábase un taco tan redondo como fuera posible y se pasaba por la hilera hasta hacerlo completamente redondo y de calibre correspondiente para obturar fuertemente la cavidad en cuestión; este taco así formado se introducía en la cavidad con ligeros golpecitos de mazo, al mismo tiempo que se le imprimía un movimiento de rotación sobre sí mismo, cortando ó serrando después el sobrante tan junto al diente como fuese posible; el sobrante se limaba y pulimentaba. Quizá esta forma de obturar era indicada principalmente en las cavidades labiales de los dientes anteriores. (Fig. 3 a.)

Fig. 3



a *b*

Cavidades favorables para obturar por el método de Linderer ó sea el de porcelana tallada.

En donde la profundidad de la cavidad lo permitía se practicaba en su borde interior un surco por medio del cual se aumentaba la seguridad y adhesión del bloque.

En las cavidades profundas y alargadas (en las de poca profundad se empleaban incrustaciones) que no podían hacerse circulares, el método descrito anteriormente era algo modificado. Primero, una parte de la cavidad se hacía en forma circular y se obturaba con un taco ó bloque de tamaño correspondiente; luego se hacía una nueva cavidad circular al lado de la obturada y así seguía hasta preparar la total longitud de la cavidad ó bien se insertaba un taco á un lado y á otro de la cavidad y el espacio central restante se fresaba como de ordinario, (pues el colmillo de hipopótamo es muy fácil de fresar) preparándolo para recibir un nuevo taco central. (Fig. 3, *b)*.

La saliva hinchaba estos tacos y por lo tanto la oclusión en los bordes era perfecta y la seguridad de estas obturaciones no dejaba nada que desear.

No obstante, este método no obtuvo favor, por el contrario, muchos contemporáneos de Linderer le fueron francamente

opuestos. Así Oenike en 1847, hablando acerca del procedimiento Linderer (véase Bruck. *Das Füllen der Zähne mit Porzellan:* «Obturación de los dientes con porcelana» dice: «Este método es condenable por razón de ser necesario fresar las cavidades, con lo cual el diente enfermo es innecesariamente perjudicado». Bruck, en su «Tratado de dentística», 1856, condena decididamente el método Linderer con la observación: «La obturación de los dientes recomendada por algunos dentistas, con los nombres de bloques é incrustaciones debe condenarse, ambos son muy deficientes y de corta duración, avanzando la caries aún más rápidamente que antes».

Aún hoy, aunque rara vez, suelen hallarse obturaciones de esta clase hechas por antiguos dentistas que nos convencen de la excelencia y duración de este procedimiento.

Baume también confirma esta experiencia en su texto de Dentística. En cuanto á las obturaciones en cavidades grandes con varios bloques dice que no posee experiencia cierta, pero las pequeñas obturaciones consistentes en un solo taco le parecen de excelente éxito. Posee un molar que está obturado con uno de estos bloques y ha permanecido en la boca por veinte años, conservándose sin alteración, mientras que la misma boca presentaba orificaciones y amalgamas más modernas y más fafavorablemente colocadas que no se hallaban en tan perfecto estado de conservación.

Tales experiencias, continúa Baume, reclaman más ensayos de este método que al parecer no ha sido bien apreciado. Y tiene razón, este método en su tiempo obtuvo sólo críticas adversas, y hoy está completamente olvidado.

Si nos hemos ocupado más detenidamente del método Linderer de lo que parece necesario, es por razón de que, en principio, es el prototipo de todo sistema de obturación central con bloques tallados que se ha conocido hasta hoy. Todos son modificaciones del método Linderer; el material solo cambia.

Este método, como ya hemos observado, no podía llegar á entronizarse de un modo permanente, á causa á no dudar, de la coloración amarillenta, pardo-amarillenta y aún negruzca, que toman con el tiempo los bloques hechos con el colmillo de hipopótamo ó de caballo marino.

Esta circunstancia fué ciertamente aprovechada para impedir la generalización del método, pero, con todo, no era sufi-

ciente para que se hubiera dejado tan de lado un procedimiento que, en casos en que la apariencia artística tuviese poca importancia, en consideración á su probada duración, podría prestar valiosos servicios. Tampoco era una razón lo poco favorable del material (el colmillo de caballo marino) para abandonar de una vez el procedimiento todo, como sin embargo fué hecho.

El práctico busca hoy un material de color permanente; de ahí la porcelana; al mismo tiempo abandona la forma cilíndrica para las cavidades, adoptando toda forma regular ó irregular y esto constituye un nuevo período en el desenvolvimiento de las obturaciones talladas.

(Continuará).

LA ENSEÑANZA PREPARATORIA DEL ESTUDIANTE EN CIRUGIA DENTAL

considerada como primer año de estudios en las escuelas dentales (1)

por el DR. CH. GODON
Director de la Escuela Dental de París.

(Conclusión.)

Programa del curso teórico elemental de odontología operatoria.

División en treinta lecciones á saber: dos sobre la descripción de instrumentos; una sobre examen de la boca; once sobre la caries dentaria; cuatro sobre la restauración de los dientes; dos sobre la limpieza de los dientes; seis sobre extracciones; una sobre ingerto dentario; una sobre la pequeña cirugía dental y dos de revisión.

Primera lección.—Entrada en materia. Definición. De los instrumentos y del material operatorio necesario á toda operación. Sillón de gabinete (historia comparativa, descripción y modo de emplearlo). Torno de fresar (historia comparativa. descripción y modo de emplearlo).

2.ª lección.—De los instrumentos y del material operatorio. Estuche de estudiante. Termo y gálvano-cauterio. Examen comparativo de las diversas clases de estuches. Cauterios (Paquelin, Paulme, Galvano cauterio).

3.ª lección.—Examen de la boca. Definición. División en partes blandas, partes duras y anejos (nariz y garganta). Em-

(1) Véanse nuestros números de Junio, Julio y Agosto.

pleo de los instrumentos necesarios: espejo, sonda, jeringa, anotaciones. Precauciones antisépticas ante-operatorias y su utilidad desde el punto de vista de la conciencia profesional, del derecho del operado y del contagio.

4.ª lección.—De la caries dental en general. Definición. División y su explicación (1, 2, 3, 4.) Diferentes sitios de aparición de la caries (clasificación). Su tratamiento en general, para calmar el dolor, para combatir la infección y para reparar las pérdidas de substancias. Presentación de dientes cariados en diversos grados: proyecciones.

5.ª lección.—Preparación de una cavidad en general. Definición. División de esta operación: 1.° Antisepsia bucal ante-operatoria; 2.° Resección de tejidos cariados; 3.° Desinfección de tejidos sanos; 4.° Descripción general de la obturación. Presentación de dientes preparados.

6.ª lección.—Caries de primer grado. Definición. Preparación de una cavidad de primer grado según sus diversos sitios y su obturación según la tabla siguiente: Primeros grados en manchas superficiales (limado, pulido). Resección y obturación (preparación según el sitio, calmar el dolor, obturación). Caries más profunda, preparación y obturación según el sitio. Presentación de dientes cariados en primer grado y de cavidades preparadas.

7.ª lección.—Caries de segundo grado. Definición. Preparación, tratamiento y obturación de una caries de segundo grado según la tabla siguiente: caries distantes de la pulpa; sintomatología y tratamiento; supresión del dolor á la excisión y obturación. De los instrumentos necesarios. Manual operatorio.

8.ª lección.—Caries de segundo grado. Caries vecinas á la pulpa. Insensibilización por los agentes químicos, anestésicos, cáusticos y antisépticos) ó por los agentes físicos (aire caliente, aire frio, cataforesis). Manual operatorio: excisión, hiperproducción dentinal, obturación provisional. Obturación con ó sin aisladores: cemento, gutapercha, pastas, etc. Colocación del dique ó instrumentos necesarios. Presentación de dientes naturales. Foto-micrografía.

9.ª lección.—Caries de tercer grado. Definición. Manual operatorio según la tabla siguiente: Caries permitiendo la conservación pulpar total; colocación del dique; preparación de la cavidad: *coiffage* sin descripción. Caries permitiendo la conser-

vación pulpar parcial: preparación de la cavidad; amputación; *coiffage* sin descripción.

10.ª lección.—Caries de tercer grado *Coiffage* de la pulpa. Aislamiento del diente. Antisepsia. Cauterización. *Coiffes* metálicas. Manera de preparar y de colocar las diversas clases de *coiffes*. Pastas. Precauciones operatorias. Obturación.

11.ª lección.—Caries de tercer grado que necesitan la destrucción pulpar. Manual operatorio en la desvitalización y extirpación. Desvitalización inmediata por el termo-cauterio, por los agentes físicos, por los agentes anestésicos y por la cataforesis. Desvitalización mediata por los escaróticos. Preparación de la cámara pulpar para la extirpación. Lavado y extirpación propiamente dicha. Descripción de los instrumentos necesarios y su modo de empleo en los diversos casos. Preparación de los medicamentos de las sondas y tiranervios y de las mechas para las curas.

12.ª lección.—Caries de tercer grado. Obturación de los canales y de la cámara pulpar. Manual operatorio. Sequedad de los canales. Diversas nociones. Medicamentos. Obturaciones. Obturación ante los alumnos con gutapercha, cemento, amalgama, oro y materias combinadas. Presentación de secciones de dientes que tengan los canales obturados.

13.ª y 14.ª lecciones.—Caries de cuarto grado. Definición. División en abierta y cerrada, natural ó artificialmente. Cuarto grado simple. Apertura del diente. Antisepsia del diente y de los canales. Preparación de la cavidad y ensanchamiento de los canales. Cuarto grado complicado. Periostitis, edema, absceso, fístula, necrosis, quiste.

15.ª lección.—Restauración de los dientes. Definición general. División (parcial y total). Restauración parcial. Definición. Separación con algodón, madera, goma, aparatos de Perry, etcétera. Preparación de la cavidad. Aislamiento con la servilleta, el algodón y el dique. Sequedad por el aire caliente, el aire frío y la deshidratación. Asepsia. Preparación: ranuras y puntos de retención. Presentación de dientes naturales.

16.ª lección.—Restauración de los dientes. Restauración única: gutapercha, cemento, amalgamas, estaño; diversos oros. Restauración parcial, (materias obturatrices). Restauración combinada: diversos oros, cemento y amalgama; estaño y oro; porcelana y cemento; *coiffes* parciales. Manera de preparar estos

diversos materiales. Elección de cada uno de ellos según los distintos casos. Presentación de dientes naturales.

17.ª lección.—Restauración de los dientes. Restauración total. Coronas de oro: preparación del diente, impresión, estampado, articulación, colocación. Coronas de porcelana: Logan, Bonwill, Richmond, Brown. Corona combinada de metal y porcelena: dientes ordinarios, platino, esmalte, hornos diversos. Indicaciones y contraindicaciones de estas diversas clases de coronas. Presentación de casos.

18.ª lección.—Restauración de los dientes. Dientes de espiga. Definición. Historia de los dientes de espiga. Diferencia entre la corona y el diente de espiga. División: dientes inamovibles y amovibles. Sistemas, indicaciones y contraindicaciones de los primeros. Diversos sistemas, indicaciones y contraindicaciones de los segundos. Tratamiento de las raices para su colocación, con ó sin impresiones. Presentación de casos.

19.ª lección.—Revisión y preguntas.

20.ª lección.—Limpieza de los dientes. Definición. Instrumentos necesarios. Asepsia y antisepsia. División en simple y complicada. Primera clase: raspado, pulimento, blanqueamiento, higiene bucal. Manual operatorio: posición del enfermo, posición del operador, manera de emplear los instrumentos, derecha, izquierda, alto, bajo.

21.ª lección.—Limpieza de los dientes. Limpieza complicada. Definición. Manual operatorio. Instrumentos necesarios. Principios operatorios. Tratamientos subgingivales.

22.ª lección.—De la extracción de los dientes. Definición. Reseña histórica de los instrumentos de extracción. Diferentes instrumentos que se usan actualmente.

23.ª lección.—Descripción de los diversos instrumentos de extracción. Forceps. Manera de diferenciarlos. Forceps inferiores y superiores. Forceps inferiores y superiores para raices.

24.ª lección.—Teoría mecánica de la extracción. Diversas fuerzas en juego en una extracción. De las leyes fundamentales que rigen en la extracción. Explicación en el encerado y en el aparato fantasma de esta teoría.

25.ª lección.—De la práctica de la extracción. Definición. Precauciones operatorias según el diente y según el instrumento. Posición del operado y del operador. Elección del instrumento. Diversos tiempos de la extracción. Precauciones post-

26.ª lección.—Extracciones complicadas. Definición. Causas y medios de remediarlas. Causas congenitales, fisiológicas y patológicas. Instrumentos especiales. Movimientos especiales. Tacto operatorio.

27.ª lección.—Accidentes operatorios. Fracturas, quebraduras y desgarramientos en los dientes, en los alveolos y en las encías.

28.ª lección.—Ingertos dentarios. Definición. División. Implantación. Reimplantación. Transplantación. Manual operatorio. Asepsia. Medios de contención. Pequeña cirugía dental.

29.ª lección.—Regularizaciones inmediatas. Indicaciones y contraindicaciones. Manual operatorio. Dilatación de abscesos (cauterio, bisturí, drenage). Apertura de un seno. Reducción de un trismus. Reducción de la luxación témporo-maxilar.

30.ª lección.—Cualidades de un buen operador. Tacto operatorio. Revisión.

Programa de curso elemental. Elementos de prótesis.

Primera lección.—Exposición del curso. Material de laboratorio y de gabinete.

2.ª lección.—Examen de la boca (partes blandas y partes duras). Tratamiento de las encías y de los dientes. Tiempo necesario entre la extracción de los dientes y la colocación de aparatos.

3.ª lección.—Materiales de impresión y sus caracteres generales. Impresiones con cera, godiva, gutapercha y yeso. Indicaciones generales.

4.ª lección. — Porta-impresiones ó cubetas indispensables. Cubetas útiles. Elección de cubetas. Limpieza y esterilización de cubetas.

5.ª lección.—Toma de impresiones con los distintos materiales mencionados más arriba.

6.ª lección.—Impresiones compuestas, superpuestas solas ó combinadas.

7.ª lección.—Moldes. Instrumentos y utensilios necesarios para la confección de moldes. Confección del molde. Separación del molde de la impresión. Reparación del molde.

8.ª lección.—Articulación. Definición y mecanismo de la articulación. Planchas de articulación. Modelos de articulación.

9.ª lección.—Toma de la articulación. Procedimientos para

10.ª lección.—Diferentes articuladores en yeso y metálicos.

11.ª lección.—Combinación del aparato. Medios de retención.

12.ª lección.—Aparatos en caucho. Modelado de la plancha de base.

13.ª lección. — Materiales empleados. Dientes artificiales. Dientes en porcelana. Dientes humanos. Dientes de animales. Marfil de elefante y de hipopótamo. Ajuste de los dientes. Su composición.

14.ª lección.—Confección de ganchos. Elección de dientes sobre los cuales pueden aplicarse los ganchos. Confección y ajuste de estos ganchos. De las diferentes clases de ganchos.

15.ª lección.—Cavidad del vacío. Historia y construcción de la cavidad del vacío. Extensión, profundidad y sitio de esta cavidad. Consideraciones generales.

16.ª lección.—Ensayo del aparato. Retoques.

17.ª lección.—Colocación en la coquilla. Desalojamiento de la cera. Empaquetado del caucho.

18.ª lección.—Vulcanización. Vulcanizadoras. Duración de la vulcanización. Consideraciones generales.

19.ª lección.—Terminación del aparato. Pulimento. Reparación y ajuste del aparato. Duración de las placas de caucho vulcanizado.

20.ª lección.—Colocación del aparato. Retoques.

21.ª lección.—Aparatos de celuloide. Diferentes fases de la confección de estos aparatos. Prensas para celuloide.

22.ª lección.— Aparatos metálicos. Diferentes fases de la confección de estos aparatos.

23.ª lección.—Moldes metálicos. Confección del molde, vertiendo directamente el metal fundido en la impresión. Confección con la ayuda de una matriz en tierra de modelar. Valor comparado de estos metales ó ligas.

24.ª lección.—Estampado de placas metálicas. Recortadura de la placa. Estampado con martillo y con la prensa hidráulica. Confección de ganchos y ajuste de los dientes.

25.ª lección.—Ensayo del aparato. Colocación en yeso del aparato para ser soldado. Lámparas para soldar. Sopletes de boca. Reglas para soldar.

26.ª lección.—Terminación del aparato. Pulido y bruñido.

27.ª lección.—Aparatos mixtos. Combinaciones del caucho

28.ª lección.—Coronas. Preparación del diente. Impresión y troqueles. Dientes de espiga. Preparación y tratamiento de la raiz. Diferentes clases de espigas. Dientes especiales, Bonwill, Logan, etc.

29.ª lección.—Aparatos sin plancha. Consideraciones generales.

30.ª lección.—Higiene bucal. Consideraciones generales y locales. Cuidados que deben darse á los aparatos protésicos. Revisión rápida del curso.

Examen de la enseñanza preparatoria del primer año.

Pruebas prácticas.—Preparación de la cavidad de un diente montado sobre el aparato fantasma con indicación del tratamiento según el caso dado por el tribunal. Obturación con cemento ó con amalgama. Indicación de las maniobras de la extracción de un diente designado por el tribunal. Nota general dada anteriormente por los trabajos prácticos ejecutados en el laboratorio.

Pruebas teóricas.—La primera serie de preguntas del curso preparatorio, tendrá lugar por grupos de diez alumnos y versarán sobre elementos de las siguientes materias: Anatomía dental; Patología dental y clínica; Terapéutica especial; Antisepsia; Odontología operatoria; Material operatorio; Prótesis dental. La segunda serie de pruebas teóricas tendrá lugar en Junio.

Programa de la enseñanza preparatoria práctica de la prótesis en primer año. Trabajos preparatorios. Ejercicios sobre el yeso.

Num. 1.—Toma de articulación sobre el modelo en metal núm. 1. Colocación de alfileres, sacar el molde y articulado en el dicho modelo.

2.—Reproducción del modelo núm. 1 por la mezcla con el yeso y con la gelatina.

3.—Reproducción en yeso de seis dientes naturales anteriores y molares.

4.—Reparación de los dientes.

5.—Modelado en yeso para un aparato en caucho para hacer un segundo.

6.—Articulación del modelo núm. 1 sobre yeso.

Ejercicios de modelado sobre cera.

Útiles. Dos espátulas de diferentes tamaños para modelar la cera y una lámpara de gas

7.—Confección de seis planchas en cera sobre el modelo en yeso núm. 1.

8.—Confección de seis rollos de cera de articulación sobre el molde inferior.

9.—Confección de seis rollos de articulación sobre el molde inferior y tres sobre el superior, con algunos dientes, sobre el modelo núm. 1.

10.—Confección de un aparato superior de seis dientes en cera blanca, montados sobre cera rosa con encía en cera modelada.

Ejercicio sobre el caucho y esculpido de dientes.

11.—Confección de doce dientes anteriores en caucho blanco, reparación y pulimento.

12.—Confección de seis molares, tres pequeños y tres grandes en caucho blanco; reparación y pulimento.

13.—Confección de seis dientes anteriores esculpidos sobre madera.

14.—Confección de ocho molares esculpidos sobre madera, cuatro pequeños y cuatro grandes.

15.—Reparación de un aparato roto en dos pedazos y terminación.

16.—Confección de un aparato en caucho de un diente ajustado sobre la raiz; terminación.

17.—Aparato de dos dientes sin ganchos ajustados sobre raíces; terminación.

18.—Aparato de seis dientes sin ganchos, ajustados sobre raices; terminación.

19.—Aparato superior de cuatro dientes ajustados sobre raices y tres anillos en hilo de media caña, con refuerzo soldado; terminación.

20.—Confección de un aparato de seis dientes ajustados é intercalados con los dientes existentes en la boca y dos anillos planos para retención; terminación.

Ejercicios sobre los metales.

Núm. 1.—Fabricación de una espátula, lado derecho.

2.—Fabricación de otra de lado curvo, pulimento y bruñido.

3.—Fabricación de dos taladros de espiga corta.

4.—Fabricación de un taladro de espiga larga.

5.—Ajuste de tres taladros al torno.

6.—Templado y pulimento de los taladros.
7.—Preparación de dos porta-resortes.
8.—Soldadura de las cabezas de los porta-resortes.
9.—Preparación de dos tenedores de porta-resorte.
10.—Soldadura de dos tenedores.
11.—Ajustado y pulimento de dos juegos de porta-resortes.
12.—Ajustado de dos virolas.
13.—Soldadura y pulimento de estas dos virolas.
14.—Fabricación y templado de una punta para delinear.
15.—Fabricación de una cubeta de impresión en cera.
16.—Fabricación, colocación en yeso y reforzado.
17.—Fabricación. Limado y pulimento de esta cubeta.
18.—Preparación de una cubeta inferior en *maillechort*.
19.—Soldadura.
20.—Limado y pulimento de esta cubeta.

Útiles necesarios á los estudiantes de primer año.

Una espátula para cera, una espátula para yeso, una mufla y brida, dos limas para metal, dos limas para caucho, tres buriles redondos, un buril cuadrado, uno de forma de uña, uno en grano de cebada, un cuchillo para yeso, tres pinzas planas, una pinza cortante, un raspador redondo, una taza para yeso, un articulador, un martillo, un martillo de cuerno pequeño, un porta-sierra, dos docenas de sierras finas y gruesas, una cizalla, una piedra de borax y pincel, una pinza para agujerear, un soplete, un carbón para soldar, una placa de cristal para el yeso, una lima para hierro, mangos para limas, mangos para buriles, ballesta para horadar, porta-taladros, una docena de taladros, una pinza cortante, una lámpara para soldar, piedra de afilar y una placa de cobre de dos milímetros de espesor, 17 de longitud y 15 de anchura.

FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

III CONGRESO ODONTOLÓGICO ESPAÑOL
Palma de Mallorca 1905.

El día 4 del pasado Agosto empezaron las sesiones de la Junta permanente de la Federación, reunida en Palma de Mallorca. Asistieron el Presidente, Sr. Aguilar; el Vocal tesorero, Sr. Ca-

sasnovas y el Secretario Sr. Pons. Además, tomó parte en la primera sesión el Sr. Carol; delegado especial del Círculo Odontológico de Cataluña, el cual se retiró luego de cumplida su misión.

Como se verá en las actas que publicamos, quedó acordado que el Congreso se celebre del 28 de Julio á 1.° de Agosto de 1905, con una expedición á las célebres y fantásticas cuevas de Artá y del Drach, en el vapor *Miramar*, fletado expresamente para los congresistas el día 30.

La Directiva de la Federación ha visitado al Sr. Gobernador, Capitán general, Alcalde, Diputación, Presidente de la Real Academia de Medicina, Colegio médico-farmacéutico, Laboratorio químico biológico, etc., encontrando en todas partes entusiasta acogida la idea de la celebración del Congreso. Debemos hacer especial mención de la Junta general celebrada en el citado Colegio médico-farmacéutico bajo la presidencia del doctor Alvarez, ocupando un asiento á su derecha el Sr. Aguilar y otro el Sr. Pons al lado del Secretario de la Corporación. En esta sesión, los señores médicos, farmacéuticos, dentistas y veterinarios de la isla, se pusieron incondicionalmente á la disposición de la Federación, quedando en constituir una Comisión local de organización.

La Junta eligió los locales donde se celebrarán los actos del Congreso, y se ocupó de la cuestión de alojamiento, resuelta satisfactoriamente en la conferencia celebrada con el dueño del Gran Hotel, uno de los mejores de Europa en cuanto á grandiosidad y confort. El propietario del Gran Hotel hará unos precios y trato especialísimos á los congresistas, y el edificio estará abierto exclusivamente para ellos.

La directiva de la Federación en los cinco días que ha permanecido en Palma no ha tenido un momento de descanso, organizando los primeros trabajos del Congreso y asistiendo á las excursiones, banquetes y toda clase de obsequios prodigados por los compañeros de aquella hermosa isla.

A continuación publicamos las actas de las sesiones celebradas por la Junta directiva de la Federación que nos ha remitido su Secretario Sr. Pons.

***

Acta de la sesión de constitución celebrada en Madrid el día 30 de Abril de 1903 (1)

En la villa de Madrid se reunieron los Sres. Subirana representando la Sociedad Odontológica Española; el Sr. Pons, Presidente del Círculo Odontológico de Cataluña; el Sr. Bau, Secretario del mismo; el Sr. A. Gómez, Presidente de la Sociedad Odontológica Valenciana; el Sr. Casasnovas, Presidente de la Sección Odontológica Balear; el Sr. Baca, Presidente de la Sociedad Odontológica Malacitana; el Sr. Otaola, representando á los dentistas de Vizcaya; el Sr. Cortiguera, en representación de los Santanderinos y su región; el Sr. Mitchel, representando á los dentistas del N. O. de España; el Sr. Lobato, representando á los dentistas de Guipúzcoa, y además los Sres. Cladera, Carol, Damians y algunos otros sin ostentar representación particular alguna.

Los Sres. Subirana y Pons dan cuenta del objeto de la reunión, que no es otro que fundar la Federación Dental Española ó sea la unión de las Sociedades Dentales para los objetos que se determinan en un proyecto de reglamento que se lee.

El Sr. Otaola anuncia la próxima constitución de las Sociedades de Guipúzcoa y Vizcaya, noticia que es recibida con aplausos.

El Sr. Mitchel, de la Coruña, dice que hará trabajos encaminados á la formación de una Sociedad Dental del N. O. de España. Pregunta si en caso de no estar asociado en su territorio ó provincia podrá pertenecerse á la Federación inscribiéndose como socio de otra Sociedad Española. Es contestado afirmativamente por unanimidad. Es aprobado en principio el reglamento, necesitándose la ratificación de la mayoría de sociedades para aprobarse definitivamente.

Por aclamación se nombra una junta directiva en la siguiente forma: Presidente, D. Florestán Aguilar; Vocal-tesorero, don Domingo Casasnovas; Secretario, D. Ramón Pons..

Se acuerda que la primera sesión general se celebre en

(1) Empezamos hoy nuestra información del III Congreso Odontológico Español, publicando el acta de constitución de la Federación, aprobada en la sesión del 4 de Agosto de 1904 y las celebradas en Palma de Mallorca los días 4 y 6 del corriente.

A este documento seguirán las demás actas, acuerdos, reglamentos, etc.

Palma de Mallorca en 1905, juntamente con el III Congreso Odontológico Español.

Los Sres. Casasnovas y Cladera aceptan la distinción de que es objeto la provincia que representan y se levanta la sesión.

*
* *

Acta de la sesión de 4 de Agosto de 1904.

En la ciudad de Palma de Mallorca y con asistencia de los Sres. Aguilar, Casasnovas y Pons y del delegado especial del Círculo Odontológico de Cataluña Sr. Carol.

Abierta la sesión por el Sr. Presidente,

El Sr. Pons da lectura al acta de la sesión anterior, que es aprobada. El Sr. Carol presenta un oficio en el que se le nombra delegado del Círculo Odontológico de Cataluña, fundándose en que el Sr. Pons ya no le representa.

El Sr. Pons pregunta si no teniendo el Sr. Carol cargo en esta Junta directiva, tenía que escucharse solo la misión que viene á desempeñar ó bien debía admitírsele en sus deliberaciones.

El Sr. Casasnovas dice, que tan improcedente encuentra que el Círculo Odontológico quiera que un delegado especial suyo tome parte en las sesiones de la directiva, que no permitiría de ningún modo su asistencia si el nombramiento hubiera recaído en otra persona que no fuera el Sr. Carol y propondría escucharle y recibirle en sesión especial; pero en atención á los relevantes méritos y el entusiasmo profesional de dicho señor, accedía á que tomara parte en las tareas de la directiva.

El Sr. Pons dice, que no comprende como el Círculo Odontológico cree no tener representación en la Junta, puesto que la directiva representa en el seno de la Federación, no sólo al Círculo Odontológico, sino á todas las demás Sociedades Federadas, aun sin tener la honra de ser socios de todas ellas; pero que tampoco se opone á admitir al Sr. Carol en las sesiones en atención á su personalidad.

El Sr. Aguilar dice, que, en atención á la historia del Círculo Odontológico y á la persona del Sr. Carol, le concede voz y voto en esta sesión; invita á discutir caballerosamente el incidente que se va á tratar, y espera que se sabrá reconocer por todos la justicia con que se procederá á resolverlo, é invita al

El Sr. Carol manifiesta, que habiendo el Sr. Pons dejado de pertenecer al Círculo Odontológico, perdió el derecho de desempeñar la Secretaría de la Federación, porque fué elegido para este cargo siendo presidente del Círculo, por lo tanto, pide la destitución del Sr. Pons y ocupar su lugar por acuerdo de dicha Corporación.

El Sr. Pons replica, que la directiva fué nombrada por todas las sociedades españolas, atendiendo á las personalidades de los nombrados, sin citarse para nada los cargos que desempeñaban entonces. Que la junta de la Federación tiene poderes ámplios de uno á otro Congreso, esto es, de dos á tres años, que durante este tiempo se renuevan las juntas directivas de las sociedades y por lo tanto no puede la Federación tener una Junta movible, sujeta á los incidentes particulares de cada sociedad. Ahora mismo tendríamos á la Federación sin presidente y sin secretario, pues el Sr. Aguilar, actualmente, no es presidente de la Odontológica Española.

El Sr. Carol argumenta que el Sr. Pons dejó de ser socio del C. O. que era la Sociedad federada á que estaba asociado, y que entonces perdió el derecho de pertenecer á la Federación.

El Sr. Pons replica, que jamás ha dejado de pertenecer á la Federación, pues ahora es miembro de la Academia de Ciencias Médicas (Sección de Odontología) y además le cabe la honra de ser hace tiempo socio corresponsal de la Odontológica Malacitana. No cree que el Círculo tenga ninguna facultad para nombrar Secretario al Sr. Carol, pues dicha Corporación se asumiría el sufragio de las demás asociaciones federadas sin el menor derecho para ello.

El Sr. Carol objeta, que, á su entender, los socios corresponsales de asociaciones dentales, por no tener voz ni voto en sus respectivas Sociedades no tienen capacidad para formar parte en la directiva de la Federación.

Además, desea que conste que la Sección Odontológica de la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona *no pertenece* aún á la Federación.

El Sr. Pons replica que es materia juzgada en la sesión de constitución de la Federación el que los socios de todas clases, de número ó corresponsales, sin diferencia alguna tienen iguales derechos, y recuerda la proposición presentada en Abril por el Sr. Mitchel y el acuerdo que recayó.

El Sr. Aguilar invita á estudiar el reglamento y el acta de constitución de la Federación, y después de detenido examen se acuerda no poder acceder á la pretensión del Círculo Odontológico por estar claramente demostrado que la elección fué hecha en los individuos por su personalidad y no por su representación, y por no tener esta Junta directiva capacidad para alterar su constitución, hecha por el sufragio de todas las Sociedades.

El Sr. Carol vota en contra.

Orden del día.—El Sr. Pons da lectura á la documentación y de ella resulta que forman esta Federación las siguientes Asociaciones:

Sociedad Odontológica Española, Madrid.
Círculo Odontológico de Cataluña, Barcelona.
Sección Odontológica en el Colegio Médico, Palma.
Sociedad Odontológica Malacitana, Málaga.
Sociedad Odontológica Valenciana, Valencia.
Sociedad Odontológica de Vizcaya, Bilbao.
Sociedad Odontológica de Guipúzcoa, San Sebastián.
Sección Odontológica de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas, Barcelona.

El Sr. Pons pide la ratificación á la adhesión de esta última Asociación, acordándose así con el voto en contra del Sr. Carol.

El Sr. Aguilar pronuncia un inspirado discurso, y expone su plan para el III Congreso Odontológico español. Este tendrá dos aspectos: el científico y la parte destinada á resolver los problemas de régimen interior de nuestra profesión.

Anuncia que el Gobierno declarará Corporación oficial á la Federación y al Congreso. Cree que éste tendrá gran resonancia tanto dentro de la especialidad como en la Medicina general, y que en él se abordarán de frente y se resolverán diversos problemas que nos afectan extraordinariamente.

Cree asegurado el éxito del Congreso, contando con un hombre tan prestigioso como el Sr. Casasnovas, y propone suspender la sesión para visitar á las Corporaciones médicas y autoridades. Así se acuerda y se levanta la sesión.

***

Sesión celebrada en Palma el día 6 de Agosto.

Con asistencia de los mismos señores que en la precedente

El Sr. Pons lee el acta de la anterior, que es aprobada.

El Sr. Carol manifiesta que una vez cumplida la misión que le encargó el Círculo Odontológico, debía retirarse de la sesión por ser todo lo demás de incumbencia de la Junta directiva.

A pesar de que el Sr. Presidente le manifiesta que se le concedió voz y voto para que ayude con sus consejos y experiencia á la labor de la directiva. el Sr. Carol se retira manifestando que no tiene poderes del Círculo para ello.

Orden del día.—Se acuerda:

Que el Congreso comprenda dos divisiones: Congreso científico en el que podrán tomar parte todos los dentistas que lo deseen y cuyos temas serán libres, y sección de intereses profesionales á cargo de las comisiones nombradas al efecto para que anticipadamente estudien los asuntos que se les encomienden.

La Junta directiva admitirá desde ahora hasta el día de apertura del Congreso mociones y proposiciones para que se discutan temas y asuntos determinados. La directiva nombrará la comisión dando un puesto en ella al autor, si acepta el tema propuesto.

Las proposiciones deberán mandarse por escrito y deberán ser firmadas por tres dentistas.

Se acuerda el nombramiento de las siguientes comisiones.

Comisión local de recepción.—Se deja la designación de personas á cargo del Colegio Médico Farmacéutico de Baleares.

Comisión local de organización.—Presidente, D. Domingo Casasnovas; Secretario, D. Miguel Torres; Vocales, D. A. Cladera, D. M. Ferrer, D. M. Marcé y D. Juan Ticoulat.

Comisión para estudiar el nombramiento de dentistas en el ejército y armada.—Sres. Barainca, de Badajoz; D. E. García Mejías, de Madrid; D. E. Márquez Caro, de Madrid, y D. Vicente Pérez Cano, de Madrid.

Comisión para estudiar el derecho de ejercicio de los extranjeros en España.—Presidente, D. Luis Subirana; Vocales, don Bernardo Sánchez, D. R. Pons, D. J. Otaola, D. A. Damians, D. A. Gómez y D. H. Lobato.

Comisión para gestionar la implantación de Subdelegados de Odontología.—Presidente, D. Joaquín Plet; Vocales, Sr. Baca, D. Tirso Pérez, Sr. Carol, Sr. Casasnovas, Sr. Mitchel, y señor Aguilar.

Comisión para la formación de un Código de Deontología.—

Presidente, D. Jaime D. Losada; Vocales, Sr. Trallero, D. Ramón Portuondo, Sr. Edwards y Sr. Oliveira.

Comisión de reglamentos y estatutos.—Presidente, Sr. Aguilar; Vocales, Sr. Lobato, Sr. Subirana, Sr. Otaola y Sr. Carol.

Comisión de actas.—Presidente, Sr. Pons; Vocales, D. Arturo López Alonso y Sr. Cortiguera.

Comisión de reformas en la enseñanza.—Sres. Aguilar, Cuzzani, A. López Alonso, López Pujalte y Valderrama (hijo).

Comisión de higiene.—A nombrar en la próxima sesión.

Se acuerda solicitar de cada Sociedad federada una cuota de 5 pesetas anuales por cada socio que tengan á 1.° de cada año, para los gastos generales de la Federación.

Se acuerda que la cuota de Congresista sea de 25 pesetas, dando derecho á las rebajas de ferrocarriles y vapores, insignia, tomo de actas y á tomar parte en todos los actos del Congreso.

Se acuerda celebrar el Congreso del 28 de Julio á 1.° de Agosto de 1905, bajo el siguiente programa:

Viernes, 28.—A las 11.—Sesión inaugural en el Ayuntamiento.

A las 15.—Sesión científica en el magnífico salón de la Lonja.

Sábado 29.—A las 9.—Clínicas en el laboratorio químico biológico.

A las 15.—Sesión cientifica en la Lonja.

A las 9 y 1|2.—Banquete de gala en el Gran Hotel.

A las 22.—Embarque en el vapor Miramar para la excursión marítima.

Domingo 30.—A las 4.—Diana á bordo por una banda de música. Visita á las célebres y fantásticas cuevas del Drach.

A las 9.—Misa de campaña á bordo.

A las 10.—Baile ó concierto á bordo.

A las 15.—Visita á las no menos fantásticas cuevas de Artá.

A las 19 —Visita á la isla de Cabrera.

A las 22.—Regreso á Palma.

Lunes 31.—A las 9.—Clínicas en el laboratorio.

A las 15.—Sesión científica en la Lonja.

A las 19.—Obsequio de Mallorca al Congreso.

Martes 1.°.—A las 9.—Reunión de Comisiones.

A las 15.—Votación de conclusiones, elección de nueva Junta directiva, punto del IV Congreso y clausura.

Se aprueban algunas modificaciones al reglamento, y se hace constar la gratitud de la Federación á las Corporaciones médicos, autoridades y compañeros de Palma, por las distinciones de que ha sido objeto la Junta durante los días que ha permanecido en la isla.

Se levanta la sesión

***

Sesión celebrada el 7 de Agosto en el Colegio Médico-farmacéutico de Baleares.

Bajo la presidencia del Dr. Alvarez y con asistencia de los presidentes de las secciones de Medicina, Farmacia, Veterinaria, Odontología y numerosos miembros del Colegio.

El Sr. Presidente presenta al Sr. Aguilar al Colegio, dedica grandes elogios á aquél y á la Federación, da las gracias á la misma por haber escogido á Palma para la celebración del III Congreso de Odontología, y propone que el Colegio preste toda su cooperación á la organización del mismo.

Propone la formación de un comité local de recepción y organización.

D. Juan Valenzuela, presidente de la Sección de Farmacia, ofrece secundar toda iniciativa y dice que la clase farmacéutica de la isla cooperará á todo lo que se acuerde.

Iguales ofrecimientos hace en nombre de la Sección de Veterinaria.

El Sr. Aguilar hace la historia de los Congresos y expone el programa general para el próximo.

El Dr. Riera, de Sanidad militar, cree que no cabe discutir sino aceptar por unanimidad el que el Colegio tome parte en el Congreso de Odontología; pone de relieve la coincidencia de que el primer acto que se celebra en el nuevo local del Colegio, sea este tan simpático y propone que por aclamación, sea aceptada la formación de un comité que entienda en las cuestiones del próximo Congreso. Así se acuerda.

El Sr. Presidente anuncia que el Colegio nombrará próximamente este comité y se levanta la sesión.

Real Universidad de Génova.

Escuela para las enfermedades de la boca.

Esta Escuela práctica de perfeccionamiento ha sido fundada por orden del Gobierno al Rector de la Universidad con fecha 31 de Enero de 1904, previo informe favorable de la Facultad de Medicina y del Consejo Superior de Instrucción Pública.

REGLAMENTO INTERNO

De la Escuela.

1.—La Escuela tiene por fin práctico el perfeccionamiento de los estudios de las *enfermedades de la boca* para los médicos que deseen dedicarse á esta especialidad.

2.—Las enseñanzas de la Escuela durarán un año escolar.

3.—A la dotación de la Escuela contribuirán con sus cuotas los que efectúen ejercicios ó ejecuten trabajos.

De la enseñanza.

4.—La enseñanza comprende las siguientes materias:

a)—Clínica de las enfermedades de la boca y Técnica operativa.

b)—Prótesis bucal.

c)—Bacteriología bucal.

d)—Patología bucal.

5.—La clase de Clínica será diaria, dándose alternativamente en el Instituto quirúrgico y en el Policlinico; la Técnica operativa tres veces á la semana en el Instituto quirúrgico.

La prótesis diaria en el Instituto quirúrgico.

La Bacteriología en el Instituto de higiene, una vez á la semana.

La Patología en el Gabinete de Patología quirúrgica una vez por semana.

6.—Estos profesores constituyen el Consejo de la Escuela, de la cual es Director el Catedrático de Odontología.

De los alumnos.

7.—En la Escuela no pueden inscribirse más que los Licenciados en Medicina, previo el pago de 150 liras.

8.—La matrícula de laboratorio es de 200 liras, y los derechos del Diploma de 100.

9.—La asistencia á las clases, lo mismo las de trabajos prácticos en el laboratorio que las de gabinete, es obligatoria para todos los alumnos.

10.—Los alumnos se proveerán por su cuenta de los instrumentos necesarios para los trabajos de obturaciones y de prótesis.

11.—La comisión para el examen estará compuesta por los Profesores, y

a)—Para la clínica, el candidato examinará uno ó dos enfermos de afecciones de la cavidad bucal y hará dos obturaciones.

b)—Para la prótesis deberá construir y colocar un aparato; el tribu-

nal señalará el tiempo que debe emplearse en este trabajo, el que se ejecutará bajo la vigilancia del Profesor ó del Ayudante.

c)—Para la Bacteriología, el examen podrá ser práctico ó simplemente oral.

d)—Para la patología, lo mismo.

12.—Una vez aprobados los exámenes, se extenderá al alumno un Diploma firmado por el Director de la Escuela y el Rector de la Universidad y un certificado de los puntos obtenidos.

Por el Consejo de la Escuela
El Director
P. M. GIURIA.

Personal de enseñanza.

Profesor Pier-Michele Giuria, *Director*.—Clínica de las enfermedades de la boca, técnica operativa, prótesis bucal.

Profesor Pietro Canalis.—Bacteriología bucal.

Profesor, Ernesto Bozzi.—Patología bucal.

PROGRAMAS

Clínica de enfermedades de la boca.

Todos los días consulta pública en la Policlínica. Tres veces á la semana, trabajos de técnica operatoria (extracciones y obturaciones) en el Instituto quirúrgico.

Prótesis bucal.

Breve reseña sobre el origen de la Prótesis.—Diferentes cualidades del material empleado para confeccionar los aparatos de prótesis.—Preparación de la cavidad bucal antes de proceder á la ejecución y aplicación de un aparato.—Materiales diversos para tomar la impresión.—Formación del modelo en yeso.—Aparatos parciales en caucho.—Preparación de la placa en cera.—Elección de los dientes artificiales.—Adaptación de los mismos al modelo.—Medios para sostener un aparato *in situ*.—Prueba del modelo en cera.—Muflas.—Formación del contra modelo.—Colocación del caucho.—Trabajo del aparato en bruto.—Algunas indicaciones sobre los diversos instrumentos necesarios.—Aparatos completos.—Norma para obtener una buena articulación.—Cámara de aire, muelles, etc., etc.—Aparatos en metal.—Diferentes cualidades de los metales empleados en protesis.—Soldadura.—Modo de preparar los modelos y los contra-modelos para estampar la placa metálica.—Modo de soldar los dientes sobre la placa.—Norma que debe seguirse en la soldadura de los dientes.—Dientes de perno y su variedad —Fabricación de coronas.—Composición de un aparato de puente.—Variedad de los aparatos de puente.—Aparatos de corrección.—Aparatos de celuloide.—Vulcanización y trabajos de celuloide.—Aparatos de obturación.

Bacteriología bucal.

Generalidades sobre las bacterias; su cultivo en el medio nutritivo

y en el animal.—Bacterias patógenas que se encuentran normalmente en la cavidad bucal.—Otras bacterias patógenas que se pueden encontrar eventualmente en caso de enfermedad infecciosa.

Patología bucal.

Deformidad de la cavidad oral.—*a*) congénita.—*b*) adquirida.—*Afecciones flogísticas.*—*a*) de la mucosa de la boca.—*b*) de la lengua.—*c*) de las glándulas salivales.—*d*) de los maxilares. — *Tumores bucales.*—*a*) de origen conjuntival.—*b*) de origen dental.—*c*) mixtos.

N. B.—El día 7 de Noviembre próximo se inaugurará en la Real Universidad de Génova la Escuela práctica de perfeccionamiento para las enfermedades de la boca. En ella serán admitidos solamente los licenciados en Medicina.

Los que deseen matricularse deben solicitarlo del Rector de la Universidad, desde el 1.º de Agosto al 1.º de Octubre.

Para las condiciones de admisión y en general para cualquier informe referente á la Escuela, deben dirigirse á la Secretaría de la Universidad.

El Congreso de Grenoble.

En el pasado mes de Agosto, como ya anunciamos á su debido tiempo, tuvo lugar en Grenoble la reunión anual de la *Asociación francesa para el progreso de las ciencias*, una de cuyas secciones se dedica á la odontología.

Presidida este año por el Dr. Pont, de Lyon, hase visto concurrida por más de sesenta congresistas, que han aportado al común conocimiento profesional buen número de interesantes trabajos.

Mucho sentimos que la abundancia de estos certámenes, cada día más frecuentes y nuestra falta de espacio, nos impidan, cual sería nuestro deseo, dar á nuestros lectores un extracto de todos aquellos trabajos, por lo cual nos vemos precisados á hacer una enumeración rápida de ellos.

En la sesión matinal del 5 de Agosto, el Dr. Reboul, de Nimes, dió lectura á una interesante comunicación sobre *La anestesia general por el cloruro de etilo:* el Dr. Dalban pasó revista á los *Diferentes medios de empleo del cloruro de etilo en cirugía dental;* M. Fournier dió lectura á algunos pasajes de un voluminoso trabajo sobre *Las aplicaciones del cloruro de etilo como anestésico general á la cirugía dentaria;* el Dr. Rolland dió una magistral conferencia sobre la *Acción del cloroformo sobre*

los centros nerviosos, terminando la sesión con la memoria del Dr. Nux sobre *Un caso de resección del menton, seguido de prótesis inmediata.*

En la sesión de la tarde de este mismo día, M. Chateau dió lectura á un trabajo histórico muy interesante sobre los *Curanderos de la Edad media,* y M. Clerc á otro sobre las *Consecuencias de una hemi-hipertrofia facial sobre el sistema dentario.*

La mañana del sábado 8 estuvo dedicada á demostraciones prácticas.

Los Dres. Rolland y Clerc hicieron con excelentes resultados demostraciones de extracciones dentarias con el somnoformo. El Dr. Pont aplicó su método mixto de anestesia general y local por el cloruro de etilo. M. Vichot, de Lyon, practicó algunas inyecciones del nuevo anestésico la estovaina con resultados satisfactorios. M. Heidenhaus hizo algunas obturaciones con un nuevo cemento, cuyo aspecto es muy semejante al que presentan los esmaltes á baja temperatura y cuya manipulación está sujeta á varias precauciones para obtener buen resultado.

En este día, por la tarde, M. Klein presentó al Congreso una serie de notas sobre algunos medicamentos cuyo uso le ha dado excelentes resultados y el Dr. Besson presentó una comunicación sobre el *tic doloroso de la cara.*

La sesión matinal del día 8 dió comienzo leyendo el presidente varias cartas de algunos señores, que no pudiendo asistir por diversas causas al Congreso, enviaban sus trabajos anunciados.

M. Rigolet dió lectura á un corto trabajo sobre las *Relaciones de la pelada con la caries dentaria.* M. Audy disertó sobre el *Tratamiento de la hiperestesia dentinal.* M. Frey leyó un trabajo sobre las ventajas de la adopción del Esperanto como lengua universal por los dentistas y dió también cuenta de tres observaciones de accidentes de la muela del juicio inferior. M. Franchette obtuvo extraordinario éxito con su comunicación sobre la *Teoría de los elevadores empleados en arte dental* y terminó esta sesión con la memoria del Dr. Pont sobre *Un caso de prótesis lingual.*

En la sesión de la tarde, M. Bercut presentó al Congreso sus *tornos con movimiento de relojería,* muy ingeniosos. M. Gau relató la observación de un caso de *psoriasis bucal.* M. Eyssan-

tier dió lectura á un interesante trabajo sobre los *Fenómenos patológicos que acompañan á la erupción del diente de los seis años*. M. Heidenhaus, de Berlín, presentó una serie de aparatos de corrección de gran sencillez y buenos resultados. M. Chateau una memoria sobre la *Situación del cirujano dentista desde el punto de vista social: la que es y la que debiera ser*, y un estudio sobre la *Persuasión en cirugía dental*. Terminó la sesión por una conferencia de M. Granjon sobre la *Anestesia de los tejidos dentarios y peridentarios*.

En la última sesión, celebrada en la mañana del día 10 no había en la orden del día más que el trabajo de M. Dalban sobre *Inflamaciones de origen dental del suelo de la boca y de la región sub-ioidea*, dándose con este por terminados los trabajos del Congreso.

Como puede verse por la anterior enumeración, ha sido tan interesante por la cantidad como por la calidad, dadas las materias tratadas y los reconocidos prestigios profesionales de sus autores.

Complemento de este como de todos estos torneos científicos fueron agradables banquetes y excursiones, fiestas de expansión y fraternidad, que hacen pasar horas deliciosas á los que la ciencia reune periódicamente.

Al final de una de las sesiones, quedó nombrado por votación el Comité que deberá presidir la organización del Congreso de Cherbourg. Fueron designados los Dres. Martinier y Friteau para presidente y secretario respectivamente.

Á LOS DENTISTAS DE PORTUGAL

Al escribir *O Dentista Moderno* no pasó nunca por mi idea rebajar á nadie ni alto ni bajo, ni colectiva ni individualmente como lo declaraba muy claro en la pág. VI del prólogo y en la 40 del texto, siendo prueba de ello los muchos elogios que la prensa sensata del país me ha dedicado y los artículos que con el mismo objeto han escrito hombres tan conocidos en la ciencia y en las letras como el Dr. Cunha Belem, director general de Sanidad militar en Portugal, la prensa médica y las revistas dentales extranjeras, probando por esta forma que los hom-

tuve al publicar aquel trabajo, dándole su verdadero valor, no por la forma literaria, pero sí por el fondo de la cuestión allí debatida y expuesta con la mayor claridad compatible con mi pobre inteligencia á pesar de haberlo escrito en un idioma que no era el mío propio.

La clase dental portuguesa, aunque vea poca modestia en esta afirmación, tiene mucho que agradecerme por haber demostrado en aquel trabajo su importancia en las sociedades modernas como especialistas de una rama importantísima de la medicina y como protésicos para corregir muchas anomalías y para llenar otras funciones fisiológicas importantísimas, donde el médico con toda su ciencia no puede nunca llegar con la perfección del dentista sin estar antes versado en los secretos del arte, demostrando al propio tiempo su importancia en la medicina legal, que por las mismas razones puede en algunos casos de su especialidad dilucidar mejor que el médico legista puro, y la necesidad del dentista en los ejércitos de tierra y mar, probando que el soldado, ya sea en la paz ó en la guerra no puede prestar un buen servicio con una dentadura que le sirva de tormento y pudiendo evitar por medio de la prótesis inmediata muchas mutilaciones de las que tenemos prueba bien patente á la conclusión de todas las guerras.

Al pedir la reforma de los estudios de odontología, claro está que pedía la mayor perfección posible de nuestros servicios, y para que al hacer dentistas más ilustrados no sucediese el caso que viene sucediendo hasta hoy en todos los Congresos dentales que se han celebrado. Véanse las actas de esos Congresos en las diferentes naciones donde han asistido dentistas de todo el mundo y allí están patentes los trabajos científicos y prácticos que todos han presentado y véanse también cuantos dentistas portugueses han asistido, cuales los productos de su inteligencia que han presentado y en cuantas discusiones han tomado parte. Desgraciadamente, trabajos prácticos pocos y ya conocidos, trabajos científicos ninguno, discusiones en que tomaron parte cero. Sé que el haber yo demostrado vuestra inferioridad científica os ha sabido mal, que algunos reconocidos como personas sensatas han hecho coro á refinadísimos charlatanes valiéndose de la difamación, y que á falta de otros argumentos decís que soy extranjero, pero fijaos en que es también extranjero el que os dice que la profesión dental está llamada á des-

aparecer en Portugal, apropiándose de ella los médicos si vosotros no demostrais vuestro valor científico en lugar de perder vuestro tiempo, en cosas grandes que os interesen á todos y que si quereis combatirme por extranjero os queda un recurso: Demostrar que no tengo razón con argumentos científicos haciendo otro trabajo mejor que el mío.

El programa de estudios que he presentado, aunque no sea perfecto no debe ser del todo malo, cuando no ha sido combatido por ningún hombre de ciencia, si no que por el contrario, ha sido aprobado por muchos, y no se crea que al presentar estos problemas complejos pretendía nada personalmente ni podía tampoco pretenderlo, pues ni perito legista, ni militar ni profesor de una escuela que por acaso se fundase podía aspirar á ser por la misma razón de ser extranjero; títulos académicos tengo más de uno, honoríficos tengo varios y por lo tanto lo que pretendo es para Portugal y para los portugueses.

Otra cuestión que he presentado es la de la asociación para la defensa de los intereses de clase. En todas las naciones están asociados los dentistas y de allí ha partido el perfeccionamiento á que han llegado actualmente; no contentas con las Sociedades regionales y nacionales se han federado internacionalmente bajo la denominación de «Federación Dental Internacional», y no se crea que en Portugal no hay costumbre de asociarse, porque todas las clases están asociadas, desde las más altas á las más modestas, contándose entre estas últimas los carreteros, los barqueros del puerto y los vendedores de periódicos, solamente los dentistas no están asociados y la mayoría no se tratan ni se saludan. Hay quien dice (y estos son portugueses) que no hay personal con quien se pueda discutir, pero por muy poca instrucción que tengan algunos, siempre tendrán alguna más que los carreteros ó los barqueros.

Si hay algún individuo indigno de pertenecer á una sociedad de hombres honrados y trabajadores que no se le admita, y si esos puritanos quieren seleccionar, ahí tienen el acuerdo número 6 del grupo profesional aprobado en el tercer Congreso Dental Internacional de París de 1900. Ahora pregunto: quién quiere unir su clase para que tenga en la sociedad el puesto de honor que por derecho le corresponde ¿quiere rebajarla? Las cosas hay que llamarlas por su nombre y no se puede pedir una reforma de estudios diciendo que estamos adelantadísimos

ni se puede aconsejar la unión diciendo que todos somos muy buenos amigos sin faltar abiertamente á la verdad.

La clase á quien verdaderamente he censurado, aunque no con la dureza que merece, ha sido la de los charlatanes en las páginas 63 á 68 de *O Dentista Moderno* con la idea de moralizarlos, si esto fuese posible, en gentes que son verdadera escoria social. ¿Qué mayor gloria podía tener la clase dental que la de que no existiese entre ella la hierba dañina llamada charlatanismo y que no hubiese nadie que pudiera darse por aludido en aquellas páginas, descubriéndose y deshonrándose á sí mismos y á la clase dental á la que creen pertenecer? ¿No han calculado algunos de esos que se tienen por personas sensatas, que al hacer coro á esos desvergonzados que viven á costa del desprecio ageno se colocan al nivel de ellos?

Creedlo, meditad bien las páginas de *O Dentista Moderno* y emplead vuestro tiempo en algo que sea provechoso para todos, no desperdiciándolo en pequeñeces que os desacreditan más cada día ante el mundo científico y ante el público sensato.

FRANCISCO ORTIZ.

Lisboa, Septiembre, 1904.

Una carta y una exposición.

Tenemos especial satisfacción en insertar la adjunta carta y exposición del Sr. Barainca por creerla de sumo interés profesional. Dice así:

Sr. Director de LA ODONTOLOGÍA.

Al leer en LA ODONTOLOGÍA del mes de Junio próximo pasado el nombramiento de ocho cirujanos dentistas para prestar sus servicios profesionales en el ejército inglés con el haber de 25 francos diarios, estando probada científicamente la gran importancia de la higiene y siendo la de la boca una de las principales del cuerpo humano, creo un deber nuestro pedir á S. M. el Rey, nombre un dentista en cada guarnición de España, agregado á la Sanidad Militar con la categoría de segundo ó primer teniente, y sin retribución alguna por ahora.

Creo que no faltará un dentista en cada población que haga con gusto durante dos ó tres años ese servicio gratuitamente, y

todas las operaciones realizadas anualmente que se podrá mandar á la Sociedad Odontológica para que ésta se encargue de presentarla en el Ministerio de la Guerra, en la Sección correspondiente, y así á los dos ó tres años, cuando vean la importancia del dentista en nuestro ejército, podremos pedir que incluyan en los presupnestos la retribución que se estime conveniente.

Con este motivo tengo el gusto de ofrecerme de usted, atento s s. q. b. s. m., *Benito Barainca.*

EXPOSICIÓN

SEÑOR:

Benito Barainca Casanova, con título de Cirujano dentista, de 21 años de edad, tiene el alto honor de acudir á V. M. con la siguiente exposición:

Que habiendo leído en LA ODONTOLOGÍA del mes de Junio próximo pasado que tan dignamente dirige D. Florestán Aguilar que han sido nombrados ocho Cirujanos dentistas ingleses con el haber de 25 francos diarios para prestar sus servicios en el ejército de la Gran Bretaña y reconocida la importancia de la odontología que trata de las enfermedades de la boca, cuyos especiales conocimientos constituyen un poderoso auxiliar en el arte quirúrgico y completándose de esta forma el Cuerpo de Sanidad Militar, no duda el que tiene el honor de ocupar la atención de V. M. que tan importante reforma llegará algún día á estado de hecho en nuestro ejército atentos los Gobiernos de V. M. á su mejoramiento y perfección. Pero como hoy nuestra situación económica no permite crear con retribución esta higiénica reforma, deseando prestar los servicios profesionales con carácter oficial en los cuerpos de la guarnición y Hospital Mitar de esta plaza, á V. M. suplica que en atención á las razones expuestas se digne aceptar estos ofrecimientos, si los estima útiles, considerando al que suscribe sin retribución alguna como agregado al Cuerpo de Sanidad Militar, con la asimilación que se juzgue conveniente, á cuya real gracia quedará eternamente reconocido.

Dios guarde la vida de V. R. M. para bien de los españoles y prosperidad de la Patria.

Señor, A. L. R. P. de V. M.

POR EL PROFESOR NEMO

El miedo y la cocaina.

El Dr. Bour ha estudiado los efectos tóxicos de la cocaína y ha incluído los resultados de sus observaciones en su tesis de la Facultad de Medicina de París. Comparando las estadísticas reunidas por Bour con la que Falk y Delbose varios años antes formaron, se observa que el número de los casos fatales ocurridos ha decrecido notablemente en los últimos años, lo cual puede ser atribuído á que las reglas oportunas para la administración de la cocaína son mejor comprendidas y practicadas hoy. Un punto muy interesante en la administración de la cocaína, es que los efectos del medicamento varían mucho en los diferentes individuos. Algunos soportan sin inconveniente alguno perceptible grandes dosis del alcaloide, mientras que en otros la más pequeña cantidad les produce peligrosos y alarmantes síntomas. La razón de esta diversidad de acción no está aún satisfactoriamente explicada.

Entre otros factores responsables de esta diferencia de acción, el miedo es uno de ellos y cuya importancia no ha sido aún bien comprendida y que como Morro ha hecho observar provoca vaso constricciones espasmódicas que terminan en anemia de los órganos cerebrales periféricos, en paralisis del aparato motor y en contracciones espasmódicas de los músculos involuntarios. La respiración se hace irregular, el ritmo de la actividad cardiaca se aumenta, la pupila se dilata por el estímulo de las fibras del simpático y finalmente la parálisis de los músculos voluntarios á menudo precedidas de convulsiones. Los efectos fisiológicos del miedo son análogos á los de la cocaína, y por consiguiente es lógica la conclusión que el miedo y la cocaína actuan de modo coadyuvante. La intoxicación en un sujeto tímido puede tener lugar con la mitad de la dosis de cocaína que sería necesaria para producir el mismo efecto en un sujeto normal.

El miedo, solo puede causar serios síncopes, como ocurrió en un sujeto que creía haber recibido una inyección de cocaina y presentó todos los graves síntomas de intoxicación después de diez gotas de agua destilada.

Los pacientes nerviosos e impresionables son más susceptibles á la acción tóxica de la cocaína, y por consiguiente es prudente no usarla en tales pacientes, y si fuera absolutamente necesario deberá hacerse con las mayores posibles precauciones.

El autor aconseja el uso del

nitrito de amilo para contrarrestar el poder vaso-constrictor de la cocaína y recomienda las reglas de administración preconizadas y observadas por Reclús.

*
* *

Una causa de debilidad orgánica de los dientes.

La mayor ó menor riqueza de sales minerales y terrosas del agua puede ser una causa de pobreza orgánica de los dientes.

En algunas localidades de Inglaterra en el Landcashire las bocas sin dientes constituyen la regla general. El agua en aquellas regiones destinada á la bebida, es extremadamente pobre en principios minerales ó calcáreos, y los dientes de los habitantes se destruyen y caen con gran rapidez durante la infancia. En Glasgow, donde se bebe agua en tales condiciones procedente del *Loch Katrine*, los habitantes tienen todos muy malos dientes, mientras que en Birmingham, en que el agua potable es muy rica en sales, los habitantes poseen muy buenas dentaduras.

*
* *

¿La saliva del hombre atacado de hidrofobia es virulenta? (*Archivos de Estomatología. Instituto Imperial de Bacteriología de Constantinopla.*)

La virulencia de la saliva y de las glándulas salivales de las personas atacadas de rabia no es universalmente admitida.

Los resultados obtenidos por Bardach son atribuídos por Bor- *post mortem*. Se sabe por otra parte, que los casos clínicos de rabia de origen humano son por lo general muy discutibles. Poco tiempo hace Bertarelli y Volpina han inoculado saliva, después una emulsión de las glándulas parótidas, submaxilares y sublinguales de un muchacho muerto de rabia, y han obtenido resultados negativos aun cuando la cápsula suprarenal y el pancreas se presentaban favorables á la reproducción de la enfermedad.

Referiremos el siguiente caso:

El 22 de Octubre de 1903 seis personas de la aldea de Salónica fueron gravemente mordidas en la cara y en las manos por un lobo rabioso. Estas personas no llegaron al Instituto anti-rábico hasta el 4 de Noviembre, 13 días después. El 17 de Noviembre (después de 14 días de tratamiento). Se manifestaron en dos de los mordidos los primeros síntomas de rabia.

Durante todo el día 17 y la mayor parte del 19 se hizo escupir á estos dos enfermos en vasos especiales.

El 19 estas espectoraciones fueron disueltas en 100 centímetros cúbicos de agua, filtradas y distribuídas en 10 tubos de cultivo, 5 se pusieron en la estufa á 37° y otras 3 permanecieron á la temperatura ambiente.

No se desarrolló cultivo alguno. Separadamente, la saliva filtrada fué inoculada en dosis de un centímetro en ocho conejos. Todos sobrevivieron. Ninguno contrajo la rabia.

Dos conejos inoculados bajo la piel con la saliva no filtrada (2 y

vamente) permanecieron inmunes después de dos meses.

No se presenta con frecuencia la oportunidad de practicar estas experiencias.

Bien se comprende que la cuestión no puede ser resuelta en definitiva sino después de gran número de ensayos como este.

***

Ventajas y desventajas de las incrustaciones de porcelana. — (J. Q. BRYAN. *Dental Summary*.

Algunas de las ventajas de las incrustaciones de porcelana son las siguientes:

Pueden hacerse obturaciones perfectas y disimuladas que solo un experto práctico pueda conocerlas. Son malos conductores del calor y del frío. Los bordes ó márgenes de las cavidades obturadas con incrustaciones de porcelana no son facilmente atacables por las caries.

El paciente se ve libre de lo inaguantable de los clamps y dique cuando son cavidades cervicales bajo la encía. La tensión nerviosa de operado y operador es menor. La porcelana presenta una superficie más favorable á la masticación que el oro y otros metales. Los pacientes muy ocupados no necesitan perder tanto tiempo en la silla operativa.

Las desventajas de la porcelana son: La fragilidad de la porcelana que causa á veces su rotura: Es imposible biselar los bordes de la cavidad para proteger el esmalte. Es imposible igualar el color natural de los dientes exactamente. El cemento usado como medio de unión puede hacer cambiar de color el diente ó la incrustación. El cemento puede disolverse á menos que la cantidad usada sea una capa muy delgada como medio de unión.

***

Dentina sensible, por J. B. Kerrney. *(Dental Summary.)*

En casos de cavidades cervicales que siempre son muy sensibles, yo uso la anestesia hipodérmica exactamente como para las extracciones. Colóquese el dique (rubberdam), séquese completamente y tóquese la cavidad con ácido fénico. Usense fresas nuevas y hágase trabajar el torno muy deprisa. No es necesario envolver en fieltro las puntas del clamps ajustador, cualquiera que sea la profundidad bajo la encía á que deba llegar.

***

Nuevos remedios. —(De *La Stomatología.* Milan.)

El Eugo-formo.—Es un polvo amorío de color grisáceo casi inodoro, insoluble en el agua, dotado de gran poder antiséptico y analgésico.

Se obtiene haciendo actuar el Guayacol sobre el Formaldheido.

Este producto participa de las buenas cualidades de sus componentes sin presentar ninguno de sus inconvenientes.

Max Joseph ha obtenido el Eugo-Formo, soluble tratándolo con la acetona en solución 50 por 100.

El Dr. Ciesidski lo usa en dermatología. Lusenhafer lo adoptó para la curación de las heridas.

—

La Sanguarmina. Idéntica á la

adrenalina, la suprarenina es el principio activo de la glándula suprarenal. En el comercio se encuentra en el estado de clorhidrato de suprarenina en proporción de 1 por 1.000 en solución fisiológica (0,90 por 100 N á CL) ya esterilizada y pronta para el uso. Es un excelente vaso constrictor y su acción no se atenúa aunque se disminuya su proporción á 1 por 5.000 ó 1 por 10.000 con solución fisiológica. A las soluciones antedichas puede añadirse si se quiere la cocaína, atropina, eserina, etc., sin que sufra alteración.

Bien sea usada como anestésico local, bien como hemostático momentáneo durante la operación en la conjuntivitis crónica, iritis, glaucoma, etc., basta una gota de la solución 1 por 5.000 ó 1 por 10.000 para provocar la hemostasis. En las enfermedades de la naríz, garganta y oídos (rinorragia, coriza, catarro de la trompa de Eustaquio, etc.) y en las enfermedades quirúrgicas se emplean las soluciones al 1 por 1.000 ó 1 por 5.000 En las enfermedades de la vegiga (tumores, hemorragias vesicales y uretrales, etc.) se usa la solución al 1 por 10.000. En las enfermedades uterinas adóptase la solución al 1 por 5.000, ó 1 por 1.000 ó 1 por 2.000, inyectándose medio centímetro cúbico de la primera ó un centímetro cúbico de la segunda.

Según el Dr. Benno Müller, la suprarrenina posee las siguientes ventajas:

a) En soluciones 1 por 1.000 pueden suministrarse hasta cinco centímetros cúbicos sin peligro alguno de envenenamiento.

b) El efecto hemostático dura por varias horas.

c) No hay peligro de hemorragia secundaria.

d) Las inyecciones no son dolorosas.

e) No es de precio elevado.

***

COMUNICADO

Sr. Director de La Odontología.

Muy señor mío y distinguido compañero: La Odontología, en su número de Agosto actual, en la sección de «Hojas sueltas» y bajo el epígrafe de *Union Dental Española*, publica varias noticias que debo rectificar. Acudo por tanto á la cortesía de usted, antes que al derecho que me asiste, para que se sirva insertar mi contestación á la referida «hoja suelta.»

Replico categóricamente á las afirmaciones de nuestro distinguido amigo D. Tirso Pérez lo siguiente:

1.° Todo cuanto se ha recaudado para el Boletín de la *Unión Dental Española*, ha dispuesto de ello el Sr. Director del mismo D. Vicente Pérez Cano, aplicándolo á dicha publicación en la forma que ha juzgado oportuno.

2.° El Sr. Pérez Cano se ausentó de Madrid, sin dejarme como Redactor Jefe de la revista *Unión Dental Española*, instrucciones de ninguna clase referentes á la marcha de esta publicación, que él asumió en absoluto desde sus comienzos.

3.° En ausencia del Director, y en las circunstancias que acabo de exponer, he sido sorprendido con la noticia de carencia completa de fondos, para la impresión del número 4.°, ó sea el correspondiente al mes de Junio. Y aún cuando no me incumbe salvar el compromiso administrativo, ni de cerca, ni de lejos, por deferencia á la Sociedad *Unión Dental Española*, se me ocurrió pagar de mi bolsillo particular *el número antedicho*. Pero en vista del *calamitoso estado de la Caja* rectifiqué mi intención, pues por nada me creo obligado al papel de *redentor de agenas culpas*.

4.° Aún cuando la alusión me parece un poco á destiempo, contesto á lo referente á *La Odontotecnia*. Afirma el Sr. Pérez (padre) que yo soy Director de ésta Revista. No hay tal. *La Odontotecnia no tiene Director*. Este periódico está absolutamente desligado de inspiraciones personales; todo el que sienta vocación por nuestra carrera, y tienda á sus ideales, está por derecho propio, dentro de su Dirección. El Comité de Redacción es servidor desinteresado de la aspiración común.

En cuanto á su Administración, la *Agencia Dental Española* editora de la Revista, demostrará en todo momento que en este y otros particulares *no le duelen prendas*.

Queda, pues, contestado nuestro bondadoso amigo D. Tirso Pérez. Yo uno mi sentimiento al suyo por la marcha precaria de la Revista *Unión Dental Española*, que espero seguirá publicándose por la sociedad del mismo nombre.

Anticipándole Sr. Director, expresivas gracias y lamentando molestar la atención profesional con estos estériles torneos de *entre bastidores*, queda de V. muy atento servidor, q. b. s. m.

RAFAEL SERRANO.

Madrid 10 de Agosto de 1904.

RECETAS Y CONSEJOS

Efectos de la Formalina sobre la piel.—La Formalina endurece la epidermis que se ampolla y descama, algunas veces produce su anemia,

los nervios terminales de la periferia se paralizan, produciendo entorpecimiento. Cuando la piel se halla agrietada, el contacto de la formalina es muy doloroso.

Conviene, pues, al usarla, proceder con mucha prudencia.—DR. T. ROEVES, *Dental Summary.*)

Ventajas de un aislador bajo las obturaciones.—El uso de un material aislador adecuado bajo toda obturación metálica, ofrece notables ventajas en su uso; obtura los canalículos recubriendo la dentina y protegiéndola contra toda acción irritante del frío ó del calor trasmitida por la substancia metálica de la obturación, protegiéndola también contra las acciones eléctricas que este puede desarrollar bajo la acción de los ácidos de la boca. Impide la decoloración del diente si se usan amalgamas. Hace más sólidas y estables las obturaciones, permitiendo un anclaje más profundo y más libertad en la formación de la cavidad al hacer la retentiva.—(*Western Dental Journal.*)

Protección de la pulpa en los dientes temporales.—Creemos que sólo se halla justificada la conservación de la pulpa por medio del encapillamiento en las cavidades de los dientes temporales, de cavidades pulpares muy profundas en que se sospecha que la raiz ó raíces no se encuentran completamente desarrolladas y aún en tal caso por sólo el período de un año y previo aviso á los padres acerca de lo temporal de la operación y la necesidad absoluta de volver á la consulta si se presenta fenómeno alguno subsiguiente en el pequeño paciente.

En los adultos, en buena práctica no debe intentarse la conservación de una pulpa que ya hubiese presentado fenómenos de irritación por ligera que haya sido.—(DR. J. BUSELEY, *Amer. Dent. Jour.*)

La vaselina como lubrificante.—Usese la vaselina para lubrificar la pieza de mano de la máquina dental operativa y de este modo se evitará el descenso del aceite y el ensuciarse con él los dedos y el trabajo.

También puede utilizarse para lubrificar la goma-dique y hacer más fácil su colocación.—(DR. TORTON, *Dental Review.*)

Contra la fetidez del aliento.—

Infusión de sauco		250 gramos.
Glicerina pura		30 »
Tintura de Mirra	aa....	12 »
Tintura de Lavanda		
Licor de Labarrague		30 »

M.

Usese como enjuagatorio cuantas veces sea necesario.

Cuando la fetidez sea debida á las fermentaciones estomacales tómese al interior carbón vegetal en dosis de 10 granos cada tres horas.—(*Montly Ciclopedie of Prac. Medicine.*)

HOJAS SUELTAS

Nuestros artículos.—Como verán nuestros lectores, en el presente número comenzamos la publicación de un interesante trabajo del doctor Gutmann sobre incrustaciones de porcelana. Por el artículo en sí y por la avidez conque ahora se lee todo lo referente á esta clase de trabajos, de suma actualidad hoy, no hemos dudado un momento en trasladar éste á nuestras páginas en la seguridad de que así servimos al interés profesional.

De regreso.—De los distintos puntos á donde en busca de descanso se habían dirigido varios estimables compañeros, ha comenzado en estos días la inmigración á la capital para emprender de nuevo las tareas profesionales del invierno.

El vicepresidente de la Odontológica Española, D. Bernardo Sánchez, llegó el día 21, procedente de Béjar, donde ha pasado dos meses y medio.

El secretario de la misma sociedad, Sr. López Alonso, regresó á primeros de mes de San Sebastián, después de pasar próximamente un mes en esta deliciosa playa. El viaje de Madrid á Santander, Bilbao y San Sebastián lo hizo por etapas en bicicleta, con la gran suerte de no tener el menor accidente y haberle resultado por todos conceptos felicísimo.

D. Vicente Perez Márquez, que también ha pasado una temporada entre Deva y otros puertos del Cantábrico, llegó á esta capital á mediados del corriente.

El día 17 llegó nuestro querido amigo y compañero D. Antonio Salces, procedente de San Sebastián, á donde fué desde El Escorial.

De la Coruña regresó en Agosto nuestro colaborador D. José María Portuondo.

También D. Eusebio García Megías y la señorita Fernández Le Tellier han regresado recientemente de Elizondo y San Sebastián, respectivamente.

El Sr. Martínez Vargas, de Santander y su provincia.

El Sr. Pérez Cano, de Extremadura.

A última hora sabemos la llegada á Madrid y Bilbao respectivamente de los Sres. Subirana y Otaola, procedentes de San Luis.

A todos damos la más cordial bienvenida.

Noticias de San Luis.—El deseo de no retrasar la publicación del presente número nos ha hecho renunciar á esperar las primeras noticias de la gran Asamblea celebrada en los Estados Unidos. Al efecto activaremos todo lo posible la publicación del número de Octubre, para que lleguen á manos de nuestros lectores muy en breve.

Nombramiento.—D. Benito Barainca, hijo de nuestro antiguo compañero en Badajoz D. Casimiro, ha sido nombrado dentista provisional de la guarnición de dicha capital extremeña. Nuestra enhorabuena al agraciado y á la profesión por éste, que pudiera constituir un primer paso hacia uno de los mayores anhelos á que aquélla aspira.

Palabras de afecto.—En el número de *L'Odontologie* correspondiente al 30 de Julio encontramos la noticia de la partida para San Luis de la Delegación francesa al Congreso dental de dicha capital, compuesta de los Sres. Godon, Pont, Sauvez, Platschick y F. Martín. El estimado colega, al dirigir un saludo de despedida á dichos señores, dedica de paso afectuosísimas palabras á la Delegación española, compuesta de los señores Aguilar, Losada y Subirana, y un oportuno recuerdo al último Congreso celebrado en Madrid. Gracias mil por esa prueba de afecto que implica el que aquí profesamos á tan queridos compañeros.

Condecoración.—Nuestro querido amigo y compañero italiano el Dr. A. Chiavaro, presidente del Círculo de Médicos-Dentistas de Roma y muy conocido entre nosotros, por haber asistido al último Congreso médico de Madrid, ha sido agraciado por el gobierno de su país con la Cruz de caballero de la corona de Italia. Muy de verdad celebramos la merecida distinción de que ha sido objeto.

Instituto Dental de Marbourg.—El instituto dental anejo á la Universidad de Marbourg inauguró solemnemente el 26 de Junio último, sus nuevos locales. Se halla subvencionado por distintos centros.

Los títulos en Italia.—El tribunal correccional de Palermo, ha decidido que el dentista provisto del sólo diploma de odontología, que tome el título de doctor de médico ó de cirujano, sea solo ó añadiendo la palabra *dentista*, se considere culpable del delito previsto en el artículo 196 del Código penal. Este último calificativo es el único que puede usar el que no posea los otros diplomas especiales.

Asociaciación de la Prensa dental.—Los redactores en jefe de las revistas dentales de Suecia, Noruega y Dinamarca, han formado una asociación de la prensa, bajo el nombre de *Nordisk Odontologisk Press Klub.*

Nacimiento.—El distinguido dentista de la Coruña D. José de Betancourt, cuenta desde el 15 del pasado Agosto con un niño que recibió en la pila bautismal el nombre de Manuel María. Muy sinceramente celebramos el fausto acontecimiento.

Matrimonio.—En Mogador contrajo matrimonio á mediados del mes pasado, nuestro apreciable compañero D. Ernesto Kellner, con la señorita doña Aurora Benítez. Mil felicidades.

Nueva Sociedad Odontológica en el Brasil.—Acaba de constituirse en San Paulo (Brasil) una nueva Sociedad Odontológica, bajo la denominación de *Sociedade Odontológica Paulista*, cuyos principales fines son promover la elevación moral é intelectual de la clase, publicar una revista profesional y establecer un gabinete donde se presten los servicios profesionales gratuítos para los pobres.

Ha sido elegida la siguiente Junta directiva: Presidente, Alvaro Castello; Vicepresidente, Luis Gomes V. Silva; Secretario primero

Jaime Teixeira; secretario segundo, Antonio Alves de Almida; Tesorero, Antonio R. de P. Campos.

Asistencia á los pobres.—El Gobierno francés ha comisionado á los Dres. Godon y Sauvez para que en los Estados Unidos estudien los procedimientos que allí se emplean para facilitar asistencia dentaria gratuita á los pobres. El informe de las comisionados debe responder á la manera de prestar toda clase de servicios dentales, incluso los protesicos.

El V Congreso Dental Internacional.—A personas importantes de la profesión en Alemania, hemos oído decir que se propone invitar á la Federación Dental Internacional para que el V Congreso Dental Internacional tenga lugar en Alemania (probablemente en Berlín) en 1907.

Exposición en el Congreso de Palma.—Con ocasión del Congreso Dental Español que se celebrará en Palma de Mallorca, en Julio del año próximo habrá una Exposición de artículos dentales. Los fabricantes ó los particulares que deseen exponer pueden dirigirse al presidente del Comité local del Congreso, D. Domingo Casasnovas, en Palma de Mallorca, en demanda del espacio que juzguen necesario. La Exposición se verificará en el edificio de «La Lonja», y el espacio se concede gratuítamente.

El Somnoformo.—Según estadísticas recogidas por Mr. C. de Trey, pasan de 300.000 las anestesias somnofórmicas practicadas en Europa desde que en 1901 introdujo este anestésico el Dr. Rolland. En tan crecido número de intervenciones, sólo se han registrado dos muertes. Una acaecida en Londres siendo la paciente la esposa de un conocido publicista, pero habiéndose comprobado en la autopsia que la enferma murió de axfisia por causas ajenas al Somnoformo. El otro caso fatal que se cita ocurrió en el Hospital Guy, y al publicarlo los periódicos médicos aseguran que la muerte no fué ocasionada por el anestésico.

Las Escuelas dentarias de París.—En las dos Escuelas dentales que en París existen, se han realizado recientemente modificaciones de importancia en los locales. La «Ecole Dentaire de Francia» ha ampliado grandemente sus salas de clínicas, recién pintadas y ha renovado el material de sillones y demás enseres de la misma. En la «Ecole Dentaire de París», que dirige el Dr. Godon, han hecho una importante obra cubriendo totalmente con un techo de cristales la parte que antes era jardín, y haciendo allí otra amplia sala de operaciones. En esta Escuela hubo en en el pasado curso 250 alumnos. El presupuesto de gastos de la institución es de 75.000 francos anuales.

LA ODONTOLOGIA

Año XIII | Octubre 1904 | Número 10.

TRABAJOS ORIGINALES

LA NERVOCIDINA

por D. FLORESTÁN AGUILAR

Tiene tal importancia para el odontólogo cuanto se relaciona con la medicación del dolor, que siempre prestamos especialísimo interés al estudio de los anestésicos cualquiera que sea su modo de acción y en realidad en la historia de todos los medicamentos insensibilizadores, desde el protóxido de ázoe, el más antiguo, hasta el somnoformo y la nervocidina, los más modernos, siempre encontramos al dentista como descubridor ó al menos como principal investigador y propagandista de ellos. En un semanario ilustrado, que si no recuerdo mal fué el *Alrededor del Mundo*, ví por primera vez, hace poco más de un año, citado el nombre de la nervocidina. En aquellas páginas y en lenguaje vulgar, se hablaba del descubrimiento del doctor Dalma que había extraído de la corteza del *Gasu Basu* un medicamento con el que, según el articulista, se suprimía por completo el dolor en toda clase de operaciones dentarias. Era aquella la panacea por tantos años buscada que venía á resolver el problema de la dentistería indolora. No dí entonces importancia ninguna á aquel artículo, juzgándolo como invención de algún iluso reporter que había llenado unas cuartillas con unas fantasías como otras veces lo han hecho para hablarnos de los dientes de papel, las piedras preciosas en los dientes de las actrices y tantas otras patrañas.

Poco después ví en una revista de oftalmología hacer mención de la nervocidina como anestésico para usarlo en oculística, citando como autores de la droga al Dr. Dalma y al profesor Arkovi, director del Departamento dental de la Universidad de Budapest y una de las personas de mayor cultura en materias de nuestra profesión que yo conozco.

Deseoso de tener datos completos respecto á la naturaleza y propiedades de la nervocidina, escribí á Arkovi, quien me mandó un opúsculo sobre sus investigaciones, y en Agosto último, viajando yo por Austria-Hungría, interesado por conocer algo más de tan maravillosa droga, fuí á Budapest con el principal objeto de que el profesor Arkovi, y sus ayudantes los doctores Madzsar y Balasa me impusieran en los experimentos que estaban realizando. Mis deseos fueron satisfechos, y permítaseme que rinda, no sólo público testimonio de gratitud por las bondades que me dispensaron, sino también de admiración por los trabajos de investigación que el citado profesor y sus ayudantes realizan constantemente sobre asuntos de interés científico para la odontología. En su Departamento de la Universidad de Budapest, tienen instalados unos bien dotados laboratorios donde estos señores, sin más estímulo que su amor á la ciencia ni más recompensa que la pública estimación de sus compañeros, dedican su tiempo y sus energías á los más curiosos trabajos de experimentación.

En ocasión de mi visita, pude ver las experiencias que realizaban sobre la construcción de piezas protésicas de porcelana construídas por un método bastante sencillo.

A estos señores debo los antecedentes sobre la nervocidina, que ampliados por algunos experimentos originales míos he de reasumir en estas notas.

La nervocidina es un alcaloide hidro-clorato obtenido de la corteza de una planta que se cultiva en la India y que se llama *Gasu Basu*. Su descubridor fué el Dr. Dalma, de Budapest, que hizo sus experiencias deseoso de encontrar un anestésico dentinal que reuniese las condiciones de inocuidad, rapidez de acción y eficacia que se exigían para la adjudicación del premio en metálico que el Dr. Herbest, de Bremen, creó para recompensar á quien descubriese un medicamento que permitiese hacer sin dolor la excavación de la dentina. Es un polvo amarillento, higroscópico, muy soluble en agua y poco soluble en alcohol ó éter. Tiene un poder anestésico local extraordinario y sobre todo muy permanente. Una solución al 2 por 100 aplicada en toques al ojo de un conejo, produjo total anestesia de la córnea á los quince minutos. Al siguiente día, la córnea continuaba insensible, opaca y congestionada, y 48 horas después apareció una conjuntivitis y queratitis ulcerosa. Al tercer día, el ojo se cerró

á consecuencia de la abundante formación de pus, comenzando la mejoría al sexto día y continuando hasta el duodécimo día en que ya la córnea estaba clara y sensitiva y el ojo normal. Disminuyendo la dosis, una solución al 1|2 por 100 apenas produjo inflamación de la córnea y la anestesia duró cuatro días. El empleo de solución al 2 por 1.000 produjo anestesia á los veinte minutos, durando ésta tres días sin trastornos inflamatorios. Una solución al 1 por 1.000 ocasionó anestesia que duró 48 horas. En el ojo humano dos gotas de una solución al 1|2 por 1.000 determinaron una ligera sensación de picor y lagrimeo y á los veinte minutos una anestesia que duró cinco horas. Una solución al 1 por 1.000 en la mucosa de la punta de la lengua, produjo anestesia y pérdida del gusto. La aplicación de una pequeñísima cantidad (la transportada en la punta de un donaldson humedecido, tocando después el polvo) colocada en el fondo de una cavidad dentaria y cubierta ésta con un algodón, determinó á la hora anestesia parcial de la lengua, náuseas, vómitos y escalofríos que duraron dos horas. El Dr. Soderberg, de Sidney, ha hecho experimentos para comprobar la toxicidad de la nervocidina, y sus resultados los reasume diciendo, que 5 miligramos inyectados á un conejo de 900 gramos de peso determinaron su muerte á la hora y media; en otro caso la inyección de dos miligramos y medio ocasionaron á las 20 horas la muerte de un conejo de 1.200 gramos de peso. En ambos casos los síntomas fueron los mismos; temblor en las extremidades, parálisis muscular, parálisis de la respiración y cesación de las funciones cardiacas.

Con la excepción de una ligera epiremia del cerebro y de la espina dorsal, no se apreciaron ningunas otras alteraciones patológicas.

Otro conejo de 1.300 gramos de peso sirvió para experimentar la administración diaria de un miligramo de nervocidina durante cinco días. Al sexto día, una dosis de tres miligramos determinó su muerte en 16 horas. La inyección hipodérmica de 5 miligramos de nervocidina á un perro de 8 kilos de peso le ocasionó la pérdida del apetito y atontamiento Al mismo perro se le inyectó un centigramo á las seis de la tarde y murió á las once de la mañana siguiente. La autopsia reveló la parálisis cardiaca en diástole.

Estos experimentos comprueban que la nervocidina es un

veneno activísimo que obra ocasionando la parálisis, no sólo de las terminaciones nerviosas, sino también de los centros nerviosos y ocasiona la muerte paralizando los centros motores é indirectamente el corazón. Además, el organismo no llega á adquirir la tolerancia de esta droga.

Para los usos dentales, lo que más interesa de la nervocidida como anestésico local, es la extraordinaria duración de sus efectos, en lo que no pueden comparársele ninguno de los otros agentes conocidos. Por su extraordinaria toxicidad no puede emplearse en inyecciones hipodérmicas, y su aplicación está limitada á la anestesia de la pulpa dentaria, y por lo tanto de la dentina, por lo cual tiene para el dentista extraordinario valor.

Podemos, por lo tanto, aplicar este alcaloide, *para suprimir la hiperestesia dentinal, para extirpar la pulpa dentaria ó para amputar su porción coronaria.*

Hiperestesia dentinal.—La experiencia nos demuestra que para los casos agudos de sensibilidad de la dentina son ineficaces todos los procedimientos consignados en las largas listas de remedios físicos ó farmacológicos recomendados para la hiperestesia dentinal. Descartada la cataforesis por los numerosos inconvenientes de su embarazosa técnica, nos queda la refrigeración por el cloruro de etilo como el más activo de los remedios, pero este tiene la desventaja de lo doloroso que es el momento de su aplicación, insoportable para muchos clientes. El ácido carbólico muy caliente recomendado por Jenkins es bastante eficaz, pero no lo suficiente para los casos de hiperestesia aguda, y es en esas ocasiones en las que la nervocidina nos sorprendió por su extraordinario poder insensibilizador, permitiéndonos á las pocas horas y sin llegar á la destrucción de la pulpa, excavar sin dolor la dentina en las cavidades más sensitivas.

Como ejemplo de la manera de aplicarla, citaré el siguiente caso: Una señora muy irritable y nerviosa presentaba una cavidad cervical en la cara bucal de un primer bicúspide inferior con tal sensibilidad, que acusaba gran dolor al sólo contacto de un algodón. A las diez de la mañana apliqué la nervocidina por el método recomendado por Soderberg, que es el siguiente:

Mézclense 50 centigramos de nervocidina y 50 centigramos de hidroclorato de cocaína con 5 gramos del líquido de un cemento de *oxisulfato,* por ejemplo del «Fletchers Artificial Dentine» y prepárese este líquido como sigue:

D.

Goma arábiga	3 gramos.
Sulfato de zinc	15 »
Agua	30 »

Disuélvase el sulfato de zinc en agua, añádase la goma arábiga, agítese y déjese reposar por 24 horas.

Este líquido puede servirnos de solvente para la nervocidina y cocaína en la proporción antes citada.

Con este líquido y el polvo de óxido de zinc del cemento, mezclé una pequeña cantidad como de ordinario hacemos en la preparación de cemento y con esto obturé la cavidad esperando un momento á que adquiriese un poco de consistencia para barnizarla y quitar el dique de goma.

A las dos de la tarde del mismo día volvió la paciente y pude sin la más leve molestia excavar la dentina hasta llegar á la cámara pulpar, y entonces hacer una segunda aplicación para después extirpar la pulpa, pues aquel diente había de coronar l para utilizarlo como pilar de un puente.

Para la extirpación de la pulpa dental, procedo con arreglo á la siguiente técnica: corto un trocito muy pequeño de yesca, que después de mojar en agua ó en ácido carbólico lo llevo á tocar la superficie de la nervocidina pulverizada para que así recoja una cantidad muy pequeña del medicamento, pues la dosis que debe emplearse ha de ser tan reducida como si fuera de arsénico. Lo extraordinariamente pegajosa que es la nervocidina al humedecerse, hace que se adhiera á las pinzas la bolita que sirve de vehículo, por eso es preferible emplear en vez de algodón, yesca que es menos absorvente, teniendo cuidado de coger con las pinzas el pedazo por la parte que no haya tocado la nervocidina.

Colocado así el medicamento en la cavidad, previamente seca y aislada con el *cofferdam,* se obtura con gutapercha, punto este muy importante, no ya por evitar el esfacelo de los tejidos blandos cercanos, como ocurre cuando se usa arsénico, sino para no dar lugar á que se escape cantidad alguna de la nervocidina por la extraordinaria toxicidad de este agente, que es tan grande, que no conozco droga alguna que en dosis tan pequeñísimas pueda ocasionar efectos venenosos tan intensos.

Cuando se emplea en esta forma la nervocidina producirá en un período de 4 á 24 horas anestesia de la pulpa, bastante profunda para permitir su extirpación indolora.

No hablo así sólo por experiencia propia. Arkovy también cita el haber empleado con éxito este procedimiento en 45 casos. Sorderberg dice, que «sea amputación de la porción coronaria ó extirpación completa de la pulpa lo que se pretenda, recomienda con toda insistencia el uso de la nervocidina en vez de arsénico en los incisivos, caninos y primeros bicúspides, porque así se evita la decoloración del diente, que sobreviene cuando la desvitalización se ha hecho con arsénico».

*
* *

En conclusión, considero que en la nervocidina ha encontrado la odontología un agente eficacisímo más que ningún otro para el tratamiento de la hiperestesia dentinal y útil algunas veces para la amputación ó extirpación de la pulpa.

DIENTES MUERTOS Y CARIES DE CUARTO GRADO

por D. JUAN ANTONIO NICOLAU, C. D. (Castellón).

Según Cruet, «un diente, no se le puede llamar ni considerar *diente muerto* mientras el periodonto no ha cesado en sus funciones».

Caries de cuarto grado es, según la mayoría de los autores, aquella cuya pulpa, totalmente muerta, se encuentra en un grado de infusión muy variable.

Diente muerto es aquel en el que todos sus tejidos, tanto duros como blandos, han cesado en sus funciones.

Si el periodonto es un tejido del diente ¿por qué llamar *diente muerto* al que tiene el periodonto vivo?

El Dr. Ingersoll, en una comunicación sobre la membrana alveolo-dental, si es una ó doble, dice en uno de sus más brillantes párrafos: «No habrá salud, ni utilidad, ni seguridad en el organismo dental, si esta membrana (periostio alveolo-dental) no se conserva sana, viva y entera. Que la corona esté completamente destruída por la caries, que la pulpa esté completamente muerta, si la raiz y su periodonto se conservan vigorosos será fácil reproducir una corona artificial y el diente seguirá cumpliendo sus funciones, pero si la corona está en perfecto estado que la pulpa cumpla sus funciones y la membrana alveolo dental no está sana, el diente está llamado á desaparecer, la curación será casi imposible».

Por lo tanto, no debemos confundir los dientes en cuarto grado de caries con los dientes muertos; un diente en cuarto grado de caries tiene el periodonto vivo y por consiguiente, siendo éste parte integrante del diente, no se le puede llamar diente muerto.

El Dr. Amoedo, en un artículo suyo que publicó LA ODONTOLOGÍA en el mes de Diciembre de 1896, titulado «Tratamiento inmediato de los dientes muertos», presenta como caso clínico un canino cuyo estado patológico describe de este modo: «Se trata de un canino superior derecho; este diente fué empastado, pero la obturación ha caído después de largo tiempo. El enfermo no se acuerda de haber sufrido ni de haber tenido *fluxion* alguna. La corona está completamente socavada, el canal lleno de detritus de alimentos, de restos de pulpa putrefactos, formando todo una masa infecta, negruzca y fétida». A este estado patológico llama diente muerto ó caries de cuarto grado.

¿Puede este diente considerarse como muerto? No, si no ha sufrido fluxión alguna, es decir, que el periodonto no ha sufrido lesión alguna, y por lo tanto no revela la muerte de éste. ¿Por qué llamar muerto á este diente si aún tiene en vida uno de sus tejidos? ¿Es que un órgano puede estar muerto teniendo vida alguna de sus partes? ¿Entonces, qué se entiende por muerte?

Si á un diente que tiene de todos sus tejidos varios muertos y uno en vida se le llama muerto ¿cómo llamaremos al diente que tiene todos sus tejidos muertos?

El Dr. Amoedo y los que le siguen, confunden á mi modo de ver los dientes en cuarto grado de caries con los dientes muertos.

El Dr. Johnson coincide también en el mismo error, al llamar dientos muertos á los que sólo están atacados de caries de cuarto grado. En su libro que trata de las obturaciones de los dientes y en el capítulo que dedica al tratamiento de los dientes muertos, divide á éstos en tres categorías que define de este modo:

1.ª categoría.—Cuando la pulpa de resultas de la caries ha sido muerta y la cavidad y los canales han estado expuestos á la acción de los líquidos.

2.ª categoría.—La pulpa ha muerto debido á una obtu-

3.ª categoría.—Los tejidos duros del diente parecen estar perfectamente sanos y la muerte de la pulpa proviene de una lesión cualquiera, menos la caries.

Esta última categoría parece ya demostrar que aunque la pulpa está muerta y los tejidos duros están intactos haya alguna causa que motive la muerte del diente y esta no puede sobrevenir si el periodonto está vivo; esta causa puede ser una lesión periostal debida á muchas causas que ya todos conocemos. Esta categoría es la que con más propiedad, en caso que lesión que sufriera el periodonto le produjera la muerte, podría llamarse diente muerto.

La 1.ª y 2.ª categorías, demuestran y dan á entender que la pulpa es la parte más importante del diente, parece demostrar que la vida del diente dependa solamente de la pulpa, y esto no es cierto á mi juicio. Estas dos categorías no se les debe incluir ni deben clasificarse como á dientes muertos, siempre y cuando en ellas no se diga que el periodonto ha muerto, por lo tanto sólo se les debe comprender como dientes en cuarto grado de caries.

Desde el primer grado de caries hasta el cuarto inclusive, el diente tiene vida en más ó menos peligro de muerte, según en el grado que se encuentre la caries del diente.

Más importante es para el diente el periodonto que la pulpa. Esta afirmación tal vez extrañe á muchos, pero la demostración es bien fácil. Un diente cuya pulpa haya sido muerta accidental ó patológicamente aplicándole el medio terapéutico apropiado al caso, seguirá cumpliendo sus funciones mecánicas sin impedimentos, pero si el periodonto ha muerto debido á una causa accidental ó patológica el diente no se salvará á pesar de tantos tratamientos de que disponemos; la muerte del periodonto arrastra consigo la del diente.

Los Dres. Demontporcelet y Decaudin, dicen en su «Anatomía dental y comparada» tratando del periodonto: «Bajo el punto de vista fisiológico, el periodonto, debido á su riqueza vascular, en el caso de supresión accidental ó patológica de la pulpa, el centro de una superactividad circulatoria, retarda y detiene la muerte de un diente por el hecho de una circulación colateral y suplementaria».

Esto viene á demostrar y afirmar que sin la muerte del periodonto no se le puede llamar muerto á un diente.

Para probar que un diente muerto no es el que está atacado de caries de cuarto grado, basta lo siguiente: cuando un diente es atacado de caries de tercer grado, en la mayoría de los casos la solución para proceder á su perfecta curación es la desvitalización de la pulpa, privar de la vida á este órgano, matarlo, en una palabra; pues bien, si á todo diente con pulpa muerta se le considera muerto ¿porqué no lo ha de ser éste también? ¿qué es lo que le falta, la infección? Esta puede combatirse.

¿Por qué se aconseja tanto y con muchísima razón el que cuando se introduzcan en los canales las sondas se vaya con muchísimo cuidado para no llevar más allá del ápice ningún resto de los acumulados en el canal para no producir ni dar origen á una periodontitis y con ella peligrar la vida del periodonto? ¿Pues si al diente se le llama muerto, por qué ir con tanto cuidado para no matar el periodonto? Y si el periodonto está vivo y siendo parte del diente, ¿por qué se le llama muerto al diente que tiene aún con vida una de sus partes?

OBTURACIONES DE PORCELANA (1)

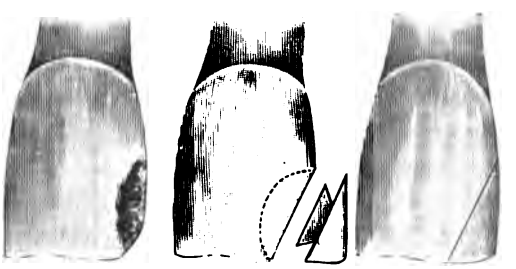
NUEVO MÉTODO DE OBTURACIONES CENTRALES Y NO CENTRALES POR MEDIO DE BLOQUES DE PORCELANA DE FORMA CÓNICA

por ALFREDO GUTMANN (Portdam).

(Continuación).

Talla y preparación de la porcelana tomada de dientes artificiales.—Este método fué primero recomendado en 1855 por

Fig. 4



Restauración del ángulo de un diente por el método de la porcelana tallada.

Volk, después por Wood, Hickmann y finalmente por Dall. Este último ha prestado verdaderamente gran servicio en lo re-

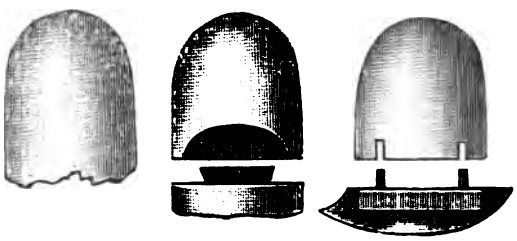
ferente á las obturaciones talladas. Este procedimiento será más adelante ampliamente descripto. Después de Dall, se hicieron modificaciones por How, Sachs, Heitmüller y algunos más.

El uso de porciones de dientes artificiales talladas en forma, está principalmente indicado en la restauración de grandes porciones defectuosas en los dientes naturales, como bordes cortantes y ángulos.

Los varios métodos conocidos han sido ampliamente descriptos por Miller en su obra de texto sobre dentística conservadora á la cual nos referimos al explanar este método.

El procedimiento es como sigue: supongamos que se trata de reconstruir el ángulo de un incisivo (véase fig. 4 a). Prime-

Fig. 5



c *b* *c*

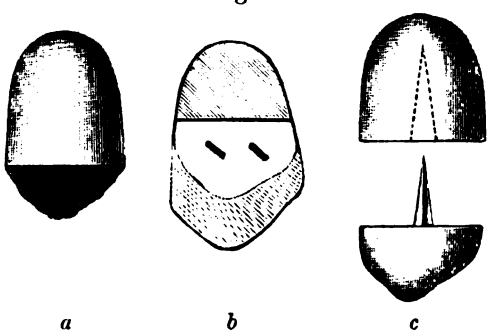
Restauración del borde cortante por el método de la porcelana tallada.

ro limaremos los bordes de la parte cariada todo lo posible, en línea recta como se ve en fig. 4 b, y después de haber quitado toda la parte enferma y cariada en el interior de la cavidad, prepararemos ésta de modo que sea capaz de recibir la clavija ó espiga que se practica en el ángulo artificial para su mejor retención. El ángulo artificial (fig. 4 c) se construye cortando con un disco de diamante, en un diente artificial que corresponda exactamente en tamaño, forma y color con el diente natural y con el ángulo que se trata de construir, incluyendo la espiga que forma parte de él. La altura y ancho del ángulo puede medirse por medio del compás. La espiga se prepara tallando alrededor de las caras del ángulo con un disco de diamante en toda la parte sobrante hasta llegar al límite en que comienza el ángulo propiamente dicho y dándole la forma de cola de milano, con lo cual su adherencia es considerablemente aumentada. Después de hacer en la cavidad los correspondientes surcos ó puntos de retención, se inserta el ángulo y se fija en

posición con cemento blando (fig. 4 d). La cara posterior del ángulo no puede ser perfectamente terminada, especialmente en los casos en que el ángulo se prolonga mucho hacia el cuello del diente, porque los dientes artificiales no poseen en esta cara el volumen ni la forma del diente natural. La parte que falta se sustituye formando con cemento el contorno necesario, debiendo darnos por satisfechos con una perfecta unión en la cara anterior y la buena apariencia obtenida.

Por medio de la espiga podemos reconstruir ángulos y bordes cuando la pulpa está destruída (fig. 5 a y b). En estos casos podemos preparar la cavidad con libertad, de modo de conseguir suficiente espacio para la dicha espiga.

Fig. 6



a. Diente cariado. *b.* Diente artificial. La parte sombreada es la que se quita tallándola. *c.* La pieza de porcelana sochapada y con un pivot soldado.

Esto se hace difícil sinó imposible cuando el nervio se encuentra intacto. Debemos entonces buscar otro medio de retención, y en lugar de tallar ó recortar en la substancia de la porcelana una espiga, tallaremos el diente de tal modo que sus pernos sirvan como anclaje. A este fin, para no encontrarnos en contacto con la pulpa, taladramos, convenientemente, separados uno de otro, y á ambos lados de la cámara pulpar, dos agujeros que tienen por objeto recibir los pernos del diente artificial. Elegimos un diente de Ash (prefiero estos á los americanos porque son más uniformes en su color y su estructura más densa), y de él tallamos la pieza necesaria en forma conveniente (fig. 5 c). A fin de que el cemento se adhiera bien, debemos hacer rugosa la superficie del diente artificial que se ha de hallar en contacto con el natural, por medio de surcos ó se-

rraciones. Toda nivelación ó corrección, no deberá hacerse hasta que el cemento esté completamente duro.

Este método de utilizar los pernos como medio de retención, puede emplearse también cuando la pulpa está destruída; en este caso los pernos se doblan uno hacia otro y se fijan en la cámara pulpar con cemento. Otro método de construir bordes cortantes y ángulos con dientes artificiales es el siguiente: se recorta en un diente artificial el trozo que falta en el natural, tallándolo con la rueda en la forma requerida, se sochapa esta pieza, que debe por consiguiente contener los pernos, y se le suelda un pivot, el cual se introduce y cementa en el canal radicular. Este es, ciertamente, el mejor método de reconstruir los ángulos y bordes cortantes de los dientes (fig. 6, a, b, c).

De este modo podemos emplear numerosas variaciones en las obturaciones. Talladas frecuentemente vemos piezas de porcelana de tal modo talladas, que un perno queda en ellas, siendo este usado para fijar ó retener la pieza artificial al diente natural.

Hay otros muchos métodos en parte muy complicados en que son necesarios tubos, tornillos de anclage, platinas de soporte, etc.

No describiremos estos procedimientos por ser demasiado complicados para ser empleados hoy, siendo así que las reconstrucciones de los bordes cortantes y ángulos según los métodos ya descriptos atestigua la antigüedad del procedimiento en el campo profesional, hasta el presente.

Hasta ahora hemos descripto solo obturaciones talladas, útiles para reemplazar porciones de diente; pero también las cavidades *centrales* pueden obturarse con trozos de dientes artificiales, pero en este caso se trata de cavidades amplias é irregulares.

Estas obturaciones se practican como sigue: después de quitar toda la dentina enferma, se liman ó fresan todas las irregularidades, tales como profundas depresiones ó picos de los bordes de la cavidad, cuyos lados que han de servir de apoyos cuando el bloque ó trozo de porcelana se introduzca, deberán, tanto como sea posible, hallarse en línea recta. Tómese un diente artificial que corresponda exactamente en color con el natural y tallese el lado que ha de servirnos de base en línea recta; después tallamos sucesivamente los demás bordes. Nos prestará

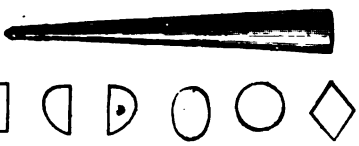
grande ayuda en este período de la operación el papel azul de articular. El papel se coloca sobre la cavidad y el taco ó bloque de porcelana se oprime contra él; queda así una ó varias marcas de la forma de los bordes de la cavidad en el taco demasiado grande y por estas marcas podemos guiarnos para continuar tallando.

A fin de obtener un buen ajuste, necesaria es una serie repetida de ensayos y retoques y aún así el resultado obtenido tras mucho trabajo es precario en relación á las exigencias técnicas exigidas hoy en una buena obturación de porcelana, pues una exacta y matemática unión de los bordes solo en contados casos puede obtenerse.

Fig. 7

CILÍNDRICO

CÓNICO



A. B. C. D. E. F. G. H.

Rollos de porcelana. Las líneas inferiores representan las diferentes secciones en que se hacen.

A fin de facilitar y simplificar el recortado y ajuste de tales piezas, Dall tenía cilindros y conos de porcelana, cuyas secciones presentaban figuras redondas, cuadradas, forma de pera, oval y otras. Según la forma aproximada que la cavidad que se trataba de obtener tenía, se fresaba en tal forma que correspondiera con alguna de las de los cilindros y conos mencionados y así se recortaba de él un trozo correspondiente en tamaño con la cavidad, resultando uno y otro cómodos de ajustar.

Atendiendo á las diferentes formas que Dall dió á sus rollos de porcelana, tuvo presente, especiales formas de cavidades. Así: fig. 7, A., para cavidades cervicales; fig. 7. B, C, D., para labio-distales y labio-mesiales; fig. 7, E, F, G, H, para cavidades labiales, bucales y coronales.

De este modo el operador se hallaba en circunstancias de construir una obturación de porcelana tallada mucho más rápi-

damente y con mayor facilidad que en el método más arriba descripto, pero en cuanto al resultado es difícil hallar en él alguna mejoría, porque como en aquel, la forma irregular del bloque es causa de imperfección de ajuste.

Este inconveniente fué reconocido por Dall mismo, y por consiguiente volvió al procedimiento de Linderer, obturando con porcelana sólo aquellas cavidades que podían hacerse de forma rigurosamente circular. Este método obtuvo rápida aceptación bajo el nombre de

Método Dall.—Como ya se ha dicho, este método se refiere sólo á las cavidades que pueden formarse completamente circulares.

Si con las cavidades irregulares anteriormente descriptas era una verdadera dificultad y muy laborioso el ajuste de un bloque de porcelana, y sin embargo los resultados eran siempre imperfectos, el trabajo con cavidades de forma circular, especialmente con el método de Dall es casi nulo y el resultado es excelente.

Para la construcción de estas incrustaciones de porcelana como Dall las llamó, ideó varios instrumentos consistentes en (1) un juego de 25 fresas forma tapón, fig. 8, en tamaños graduados correlativos (2). Una hilera ó calibre en el que existe para cada fresa un agujero numerado, de modo que es posible fijar con facilidad el tamaño de la fresa usada parándola por los agujeros hasta llegar al suyo correspondiente (figura 9.)

Hay además una pequeña caja conteniendo un surtido de 25 incrustaciones redondas ya terminadas. Estas incrustaciones son en dos espesores para cavidades profundas ó superficiales y de muy variados tonos de dientes. Las incrustaciones superficiales presentan sólo finas serraciones en su cara inferior ó revés, á fin de facilitar espacio al cemento, mientras que las incrustaciones profundas poseen un surco circular con igual objeto. Sobre la superficie ó cara de estas incrustaciones, se ve una perita ó tachuela que permite cogerla con las pinzas para ponerlas ó quitarlas en los ensayos, y finalmente para insertarlas definitivamente, cosa que es de gran utilidad en consideración á lo minúsculo de estas piezas. (Véase fig. 10.)

El procedimiento en el método Dall, es el siguiente:

Después que la caries y productos blandos de la cavidad se han quitado, se preparan sus bordes con las fresas de tapón, en forma circular.

La fresa que se use debe mantenerse en cuanto sea posible en posición perpendicular ó en ángulo recto con el piso de la cavidad. Toda presión lateral debe evitarse, porque entonces la forma circular de la cavidad no es verdadera.

La fresa usada última, representa el tamaño de la cavidad preparada con ella y por consiguiente el tamaño de la incrustación requerida. Esta debe ocupar exactamente el orificio del calibre en el cual corresponde la fresa empleada.

Fig. 8.

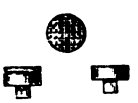
Fresa Dall. Representa el tamaño mayor de los 25 de la hilera. (Fig. 9).

La cavidad se rebaja interiormente, para lo cual Dall presenta también una fresa especial, aun cuando una fresa de rueda ordinaria es suficiente (fig. 11.)

La incrustación se cementa entonces en su cavidad, limando el exceso con alguna rueda de diamante ú otro disco de pulir.

Si la incrustación resulta demasiado profunda para la cavidad ó fuere necesario limar ó tallar una parte, es difícil de sostener en atención su pequeñez y forma circular. Para obviar á este inconveniente, Dall construyó varios sostenedores para las incrustaciones en los cuales estos se pegan con laca. De este modo su manipulación es muy fácil (figura 12). El mismo resultado puede conseguirse con el empleo de fresas viejas de forma de rueda á las cuales, como en el sostenedor, se pegan las incrustaciones con laca.

Fig. 10.



Incrustaciones Dall de porcelana profunda y superficial en las 25 dimensiones de la hilera. (Fig. 9).

Fig. 9.

Hilera o calibre para incrustaciones. Contiene los 25 tamaños en que se hacen las fresas y las incrustaciones.

El método de Dall, como hemos visto en la anterior descripción es muy sencillo. Todo lo que hay que hacer es formar la cavidad y cimentar la incrustación de porcelana en su posición, lo cual está bajo todos conceptos ya lista, conforme es facilitada por los fabricantes para ser insertada. A lo sumo, si necesario fuere, habrá de

rebajarse algo tallándolas el exceso, quedando así la obturación de porcelana terminada.

Esta clase de obturaciones da siempre resultados excelentes en cuanto á su apariencia y duración, siempre que la cavidad haya sido preparada sin defecto.

No obstante, y á despecho de la sencillez del método no ha obtenido general aprobación en dentística conservadora, siendo más y más abandonado cada vez.

La razón de este abandono puede ser debida á nuestra extraordinaria dependencia de los fabricantes para el total ejercicio de este hermoso método, pues es necesario tener un grandísimo surtido de estas incrustaciones si queremos tener algo de cierta importancia.

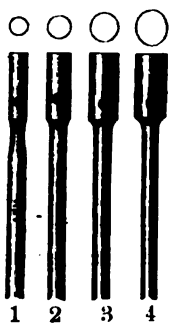
Fig. 11.

Fresa especial Dall para hacer los rebajos en las cavidades.

Si sólo tenemos una pieza de cada color y de dos tamaños diferentes, esto supone tener varios cientos á nuestra disposición y aún así es poco surtido y bien poco se puede hacer con ello.

Suponiendo el caso de tener que hacer dos ó más obturaciones del mismo color en la misma boca, ¿qué hacemos? A despecho de nuestro surtido de varios cientos de incrustaciones, nos hallaremos siempre en constante dificultad si nos limitamos á este sistema, no solamente por hallarnos incapacitados para obturar la cavidad que tenemos preparada en la boca de nuestro cliente, sino que también por no poder encontrar un sustituto para la incrustacion que necesitamos, pues no es posible tener un surtido suficiente para todas las necesidades, y entonces nos vemos obligados dentista y paciente á pedirlos á Londres, y aún así al llegar pudieran no harmonizar bien en color con el diente á obturar.

Fig. 12.



Sostenedor de incrustaciones Dall para reducir la profundidad de las incrustaciones.

Hermoso resultado, sin embargo, sería el obtenido con el método Dall si siempre pudiéramos hallar la incrustación precisa en nuestra colección, mientras que los posibles enojos y retardos que ocasiona su talla son principal causa que resta defensores á este método.

Si deseamos evitar las dificultades enumeradas, todo aquel

que practique el método Dall debe conocer y saber practicar los dos siguientes procedimientos:

No son ciertamente tan sencillos como el procedimiento Dall, pero poseen la ventaja de no ser necesario adquirir y poseer un surtido de varios cientos de incrustaciones, sino que nosotros mismos podemos preparar un surtido para nuestro uso particular, y por lo tanto no padecemos la dependencia y alternativas que en el sistema Dall.

Estos dos métodos en cuestión nos indican dos caminos, por medio de los cuales podemos nosotros construir estas incrustaciones redondas para nuestro uso propio y según nuestro capricho ó necesidad.

(Se continuará).

Prótesis quirúrgica por medio de las inyecciones de parafina. (1)

por el DR. PONT, de Lyon.

Antes del descubrimiento de Gersuny, frecuentemente nos encontrábamos muy apurados cuando se presentaba un caso de deformación nasal, sobre todo cuanto esta deformación era tan considerable como la que representa el grabado, reproducción de unas mascarillas que acompaña a estas líneas.

Estos modelos pertenecen á un niño de nueve años que se me presentó en la clínica dental del dispensario general. Este niño era de herencia sifilítica como pude comprobar por el interrogatorio de sus ascendientes. Como antecedentes personales no pudimos señalar ninguna enfermedad seria en la infancia. Se nos dijo que la deformación de la nariz fué consecutiva á una caída que el niño tuvo á los dieciocho meses de edad. Su estado general era bueno, pero era un poco pequeño para su edad, y en cambio sus facciones presentaban un aspecto de viejo muy poco en armonía con su edad. La bóveda palatina era ojival, y los incisivos presentaban la erosión clásica descripta por Hutchinson. Las vías lagrimales parecían estar obstruídas y presentaba una ligera supuración en el lado izquierdo del ojo derecho.

Se habían hecho ensayos de hacer llevar á este enfermito

(1) Del XIV Congreso Internacional de Medicina de Madrid.

aparatos reguladores de la nariz, pero los resultados fueron negativos y las inyecciones de parafina me parecieron ser el único método aplicable.

Después de haber hecho la antisepsia cuidadosa de la región nasal, inyecté sin anestesia previa alrededor de dos centímetros cúbicos de parafina que había hecho mezclar con vaselina para obtener un cuerpo liquidificable á la temperatura de 50 grados. El resultado fué tal como puede juzgarse por el modelado de la cara que el grabado reproduce.

Los días siguientes inmediatos á la operación, tuvo una ligera reacción y ligera hinchazón de la raiz de la nariz y regiones vecinas, pero sin presentarse nada de fiebre ni de vómitos, y cinco ó seis días después de la operación todo estaba en orden y el niño se declaraba muy satisfecho de su aspecto estético. En vista de esta observación, he creído conveniente hacer algunas reflexiones y una especie de exposición general de este nuevo método de prótesis quirúrgica. Creo que nuestra especialidad podrá sacar de aquí grandes beneficios y que en ciertos casos podremos evitar á nuestros enfermos el llevar aparatos más ó menos complicados y molestos, obteniéndose además resultados más rápidos.

Krammer, de Cincinati, inyecta el primero una solución de cuatro partes de agar agar por cien partes de agua salada, sirviéndose de esta mezcla á una temperatura de 42 grados; la masa se solidificaba bastante rápidamente y era atravesada al cabo de un cierto tiempo por el tejido conjuntivo.

Más este método fué abandonado, y es á Gersuny, de Viena, á quien corresponde todo el mérito del descubrimiento. Publica en 1900 en el *Centralblatt fur Gynaecologie* y en la *Semaine médicale* un artículo titulado: «Prótesis quirúrgica realizada por medio de inyecciones de vaselina en los tejidos».

Delangre, de Tournay, publica algún tiempo después un trabajo idéntico en el *Bulletin de l'Academie royale de medecine de Belgique*.

El entusiasmo de estos comienzos fué sin embargo un poco contrarrestrado por dos casos desgraciados complicados de embolia pulmonar observados por Pfannenstiel, de Breslau, y Stalbaz, de Viena. Pero Eckstein modifica, como veremos, el método de Gersuny, y numerosos trabajos consecutivos apoyados por los resultados obtenidos permiten juzgar mejor la cuestión.

Citaremos rápidamente los autores siguientes: Kapsammer, que trata por este procedimiento tres casos de incontinencia de orina. Rohmer, de Nancy, y Dianoud, de Viena, se sirven de este método en prótesis ocular. En fin, Moszkonig, discípulo de Gersuny, publica en 1901 los resultados y la técnica de su maestro.

Después aparecieron las observaciones de Wolf, Mayer, von Bergman, Witzel, Juekuff, Sten, Eckstein, Matzanner, Rust y Brokaert de Gand.

Son dignos también de mención en Inglaterra los trabajos de Watson, Clark, Leonard, Hill. Lake, etc.; en los Estados Unidos los de Rupert, Parker, Harmond, Smith; en Francia los de Jaboulay, Moure, Lermoyez, MM. Choussaud, alumno de la Facultad de Burdeos y Lagarde, de la Facultad de París, que hicieron á este asunto el objeto de su tesis. Nosotros nos hemos servido mucho de este último para los datos históricos y el estudio de la cuestión.

Gersuny empleaba una mezcla de parafina sólida y de parafina líquida, cuyo producto bastante análogo á la vaselina se funde sobre los 38 ó 40 grados. La vaselina presenta muchos inconvenientes; emigra, digámoslo así, muy fácilmente porque su punto de fusión es muy bajo y puede ocasionar embolias, observándose también al cabo de un cierto tiempo una ligera reabsorción de la masa. Por esto Eckstein empleó la parafina pura y fundida alrededor de 60 grados. Por razón de este punto de fusión elevado, este cuerpo se solidifica, por decirlo así, inmediatamente de llegar al organismo, de suerte que no es de temer la embolia ó la emigración á distancia, operándose un verdadero ajustamiento ó embutido de la materia inyectada. Se observa también frecuentemente después de la inyección una ligera reacción y un poco de edema, debido á la compresión de los vasos linfáticos, pero estos accidentes son pasajeros y de muy poca importancia. En cuanto á otros accidentes, tales como quemaduras é infección son fácilmente evitables, si no se comete ninguna falta operatoria y se toman todas las precauciones antisépticas necesarias.

No insistiré sobre la técnica operatoria que es muy sencilla y casi no difiere de la de una inyección subcutánea cualquiera.

Yo creo que este método de prótesis operatoria debe de ser conocido, porque nosotros podremos utilizarlo en numerosos

casos, tales como la división del velo del paladar, fisuras congenitales ó adquiridas, cicatrices deprimidas ó deformidades en los casos de traumatismos, fístulas de origen dental, deformidades congenitales ó adquiridas de la nariz, de las orejas y de los labios.

Señalaré como recuerdo las indicaciones siguientes que son del dominio de la cirugía general: prótesis testicular, incontinencia de orina, fístulas genito-urinarias, amputación total ó parcial del seno, hernias, etc.

Si he dado á esta cuestión tal importancia, es también en mi deseo de comunicar algo de nuevo y por creer que es muy conveniente estudiarla y discutirla en una asamblea de dentistas y de estomatologistas. Los aparatos de prótesis restauradora no serán destronados por las inyecciones de parafina, pero en ciertos casos podrán ser ventajosamente reemplazados por este método, y creo igualmente que en las fisuras palatinas, por ejemplo, los dos métodos podrán estar indicados al mismo tiempo y completarse mutuamente.

Hay en él un nuevo campo de experiencias y de pesquisas que no debemos abandonar.

CONFERENCIAS CIENTÍFICAS

Estudio sobre anestésicos locales en Odontología. (1)

por D. TIRSO PÉREZ

Se llaman *anestésicos* «aquellos agentes terapéuticos, que aplicados por diferentes procedimientos á una parte ó sistema del organismo, dan por resultado la abolición temporal de la sensibilidad». (Vocabulario Enciclopédico de Odontología.—Madrid, 1903.)

Esta definición es plena en su acción, pero nosotros nos vamos á limitar al efecto terapéutico local.

Dividiremos el estudio de esta memoria en las siguientes partes:

SUMARIO

Ideas generales.—Algunos anestésicos que se han usado y aún

(1) Conferencia dada por el autor en la Sociedad Odontológica Española.

se usan.—Estado actual de la cuestión y reseña de los que más se aplican.—Procedimiento y práctica de los anestésicos.--Resumen.

Ideas generales.—Es tanta la variedad de anestésicos y tal la defensa que individualmente hacen algunos prácticos sobre el que traen entre manos, que se puede asegurar, sin pecar de exagerados, que sólo es comparable en número con los remedios y fórmulas existentes contra la odontalgia, que todos sabéis que tiene un formulario colosal. Como consecuencia de esta avalancha, se han declarado en firme muchas veces anestésicos que como el agua son inofensivos.

Desde luego, conformes estamos en que no se ha llegado al ideal que es la *efectividad anestésica inócua* en los preparados químicos; sin embargo, justo es reconocer que se ha dado nn paso muy avanzado y sigue su rumbo procurando llegar á la meta.

Hay un escollo en verdad, y es que tropezamos siempre con la *incógnita* y esta es la naturaleza humana, siempre distinta, siempre desigual, nunca constante ni aún en el mismo sujeto. Por las mañanas, unas nervioso, otras febril; por las tardes, unas tranquilo. otras excitable; otras con el espleen de los ingleses. ¿Cómo vamos á querer que una medicina obre siempre igual si ni aún nosotros mismos estamos en condiciones normales para aplicar el anestésico? A las mismas variantes que nuestros clientes estamos nosotros sujetos: unas veces nerviosos. otras tranquilos, otras renegando (esto más á menudo). ¿Quién es el que no se altera por nada? ¿Quién el individuo que está siempre en el mismo estado de naturalidad? Aún no ha nacido ese perfecto y hasta tanto conformémonos con nuestra defectuosa organización; es obra imposible de reformar la obra del invisible *Ser* á quien se le achaca; y esta no se modifica por los hombres; motivos aparte son también la edad, sexo, temperamento, idiosincracia, etc., etc.

Recuerdo un caso á este propósito, que refiere un compañero nuestro el Sr. Pérez Cano en *La Moderna Estomatología* del mes de Diciembre anterior, que nos dará la clave del misterio. Tenía que hacerse un cliente varias extracciones; la anestesia era siempre la misma y el paciente indicaba al dentista el oportuno momento de la avulsión con la palabra *ahora:* en ocasiones lo hacía á los cuatro minutos, otras á los tres y otras á los dos, siempre variando; preguntado el porqué hacía esa indicación y en qué se fundaba, refería, que cuando sentía una cosa

extraña en la cabeza, así como ligero trastorno, habia comprobado que era el momento oportuno para *tirar* (término textual) ¿sería sugestión del mismo sujeto ó era acción refleja del anestésico que sentía en tiempo determinado? Cuestión es esta para que fijemos nuestra atención y si se observan más casos, digno será el asunto para estudiarlo á fondo.

Hay que hacer una distinción entre la acción física y la específica del medicamento para evitar torcidas interpretaciones cuando ensayamos algún nuevo anestésico.

El agua, por sí sola, sin adición de nada, produce anestesia por efecto físico; puedo asegurar, que inyectando $H.^2 O.$ en cualquiera parte del cuerpo, al formarse el volumen lógico de la inyección, sajaremos el vértice ó prominencia formada sin dolor en absoluto; aplicada la sugestión á este acto da excelentes resultados, pudiendo aplicarse por este medio (nominalmente) cuantas drogas y dosis desee el timorato paciente. He procurado informarme de bastantes anestésicos locales preconizados por eminencias, que se han confundido al declarar efectivo un anestésico cualquiera, engañados en la apariencia por la compresión que ejercen en los vasos capilares y ramitos nerviosos terminales; la acción física sobre los tejidos les han hecho creer en un verdadero anestésico. La anestesia local limita su acción á una zona reducida de medio á un centímetro en su circunferencia, aplicada en inyección en la región bucal.

Pasemos por alto los tópicos locales que tanto seducen á los no iniciados en nuestros conocimientos, pues son atraídos por el anuncio y el error expuesto, sin comprobar, de muchas revistas profesionales.

Pasemos por el mismo sitio las luminosas memorias encomiásticas de un producto, encargadas éstas á profesores de renombre universal, previa remuneración, algunas veces de importancia, según la categoría y necesidades pecuniarias del eminente práctico que las firma, constituyendo hoy lo que hemos convenido en decir *charlatanismo científico*.

Los anestésicos obran según las naturalezas.

El que es diabético está expuesto á sufrir el coma.

Al de naturaleza nerviosa, que son muy excitables, le produce más dolor la extracción, y el estado impresional en que se encuentra cuando se prepara les hace que el acto repercuta en sentimiento

Hay dentistas, prácticos anestesistas, que cuando se les presenta alguno de estos casos procuran é intentan eliminarse de la operación, porque tienen visto que estos pacientes les resta clientela por la no acción anestésica y desgarradores gritos que lanzan, produciendo en los no tranquilos ánimos de los qne esperan las más espantosas deserciones. Existen idiosincrasias especiales que ningún anestésico les produce efecto: todos sabemos que con el cloroformo sucede lo mismo; hay sujetos que si el profesor encargado de administrar este analgésico general no estuviere al tanto de lo que ocurre, le produciría la muerte antes que la insensibilidad apareciera; por eso nosotros debemos tener la precaución de no pasar nunca de la dosis indicada para cada producto; preferible es que el paciente sufra, á no tener un percance desagradable.

Es verdad que mucha parte del público al venir á nosotros, dentistas destinados por la fortuna á calmar los dolores únicamente y de rechazo quizás á los demás trabajos, mucha parte decimos, y entre ellos muchos facultativos médicos, nos manifiestan después de aplicar el anestésico y darle el tiempo necesario al agente inyectado, *que aún les duele el osteide;* confusión es esta por parte del paciente que conviene siempre aclarar, pues confunden la anestesia local que obra sobre el ligamento alveolo dentario con el dolor que les atormenta, producido las más de las veces por las pulpas al descubierto en sus más variadas fases patológicas, y como nosotros por lo general no tenemos porqué internarnos en la región afecta, dado que la operación indicada y deseada por el paciente es la avulsión, por eso dejamos á un lado el tratamiento pulpar, y así los mismos confunden una operación con otra, ó sea la aplicación de un calmante sobre el sitio afecto con la aplicación intragingival del anestésico; de desear sería que pudiéramos combinar las dos cosas, pero el estado anormal en que el público acude á su objetivo, nos hace desistir del procedimiento relativo á la región de la cavidad y muchas veces á producir dolores más violentos que el que someten á nuestra confianza. El paciente en este caso no viene á que le calmemos el dolor; lo que desea es que le evitemos el cruento del acto operatorio. El procedimiento que debemos seguir cuando se presentan en nuestro gabinete con la intención marcada de hacerse extraer un diente, es examinar con el espejo de boca el sitio indicado, y si la caries es visible tan-

tear sobre un borde libre con un instrumento romo, que bien pudiera ser el bruñidor de ágata ú otro análogo, el grado de resistencia que el mismo ofrece; esto que á primera vista y al parecer no tiene importancia, la tiene y mucha, por el hecho de que muchos dientes se conmueven bastante, dándonos así una regla fija para el acto operatorio; jamás debemos, si la caries es bien visible, internar en ella ningún instrumento agudo como son los exploradores. Aún en el caso que nos sea dudoso el diagnóstico por ser la caries intersticial ó intermedia no debemos explorarla con dichos instrumentos, más bien la percusión y presión nos dará la norma de cual de los dos dudosos será la causa del trastorno, esto aparte que debemos tener presente los casos relativamente frecuentes de acusar dolor en un sitio y estar el causante en el maxilar opuesto y bastante retirado de aquel; hay muchos más medios de descubrir las caries ocultas; por ejemplo, con el cloruro de etilo, mechas de hilas ó algodón, etcétera, pero ya decimos que no es conveniente por el terrible dolor que despertamos, sin que en verdad haya razón para hacerlo, siempre que los procedimientos apuntados antes nos den el resultado apetecido.

Tenemos observado que los dientes muertos y raigones que han perdido su vitalidad pulpar son en su mayoría indoloros al extraer; detalle es este digno de tener en cuenta para aplicar y comparar anestésicos; otro asunto se presenta también á nuestro estudio, y es que efecto del sabor ingrato de la mayoría de los anestésicos, muchos pacientes exclaman después de la inyección ¿me puedo enjuagar? Opino que no hay inconveniente en acceder á la petición; sin embargo, muchas veces me han asaltado temores si podría neutralizarse el anestésico accediendo al ruego.

Pasemos ahora á la segunda parte y examinaremos aunque suscintamente

Algunos anestésicos que se han usado y se usan.—Los ha habido para todos los gustos: sólidos, líquidos, gaseosos, con aparatos para aplicar ó sin ellos; en fin, un verdadero arsenal para confundir al más experto en la materia; principiaremos por la

Anestesia.—Es un triclor-seudo-butil-alcohol ó aceto cloroformo.

Anestésico recomendado hace años, en 1898, se usaba en disolución al 2 por 100. Después de los experimentos de Vamossy,

Rossa, Israí, Grosz, Antal y otros, no hemos vuelto á saber una palabra, sin duda los resultados fueron como de tantos otros que yacen en el olvido.

Ortoformo.—Anestésico que fué recomendado algún tiempo y después retirado por ser poco eficaz y producir escaras, edemas, etc., además era su acción debil.

El clorhidrato de ortoformo en inyecciones era empleado en solución acuosa al 5 por 100.

Cloroformo y gaiacol en ampollas esterilizadas.— Mortifica los tejidos, su acción anestésica es por destrucción de las membranas, produciendo escaras que dejan al descubierto el periostio en ocho días.

La Dorsenia y el Wilson proclamados en elegantes y originales anuncios, son anestésicos que han seducido á muchos por ser inofensivos. Su acción anestésica es debil y muy discutible.

Eucaína.—Proclamada algún tiempo atrás y abandonada por la producción de inflamaciones post-operatorias, es un buen anestésico, hiperémico en su acción, contribuyó mucho á su abandono.

Gaiacol (solución oleosa) Cladera.—Irritantes de olor repulsivo, su acción anestésica es la de su acción mortificante.

Nirvanina.—Casi las mismas propiedades que el ortoformo, el edema es menos pronunciado, se usaba en las mismas proporciones, ha caído como aquel en el olvido.

Gaia-cocaína —Mezcla oleosa (aceite de oliva en la proporción de dos partes de cocaína y tres de gaiacol en cien gramos de aceite. Las propiedades son las mismas del gaiacol, sólo en cuanto á los tejidos; alguna efectividad mayor en la acción anestésica por la cocaína que contiene la mezcla.

Licor anestésico de Schleich.—Es una preparación muy racional y su composición es la siguiente:

Clorhidrato de cocaína, de 20 á	40	centigramos.
Cloruro de sodio..... ..	40	»
Clorhidrato de morfina.....	45	»
Agua destilada	200	gramos.

El autor aconseja antes se proceda á una irrigación de cloruro de etilo en el sitio donde se ha de inyectar el líquido; de ahí resulta un anestésico mixto: le achaca doble acción anestésica por la adición del agua destilada que inyectada produce la analgesia según experimentos de Liebrich y otros; la adición

del cloruro de sodio y la morfina es para evitar el dolor que produce la reabsorción algunas veces. Este mismo doctor, de Viena, probó hace diez años, que el agua salada producía la anestesia, lo mismo que el agua azucarada aplicándola subcutáneamente, así como el agua destilada y no daba importancia alguna á la acción analgésica de la cocaína.

La preparación es casi idéntica á la de la acoína.

Se disuelve el cloruro de sodio en 220 gramos de agua que hervirá para obtener el líquido antiséptico; se añade después la cocaína y la morfina en frio con el fin de que con el calor no pierda su acción anestésica. El estudio de esta fórmula me sugirió la idea de probar sus efectos, y aunque los resultados me fueron lisonjeros, no puedo por ahora formar un juicio apreciativo sobre su eficacia.

Dentanestésico Blanqué.—Producto en forma de lentículas, cuyo autor afirma que produce el efecto de dos y medio centigramos de cocaína, de cuya base se compone; preparación que el distinguido químico que le da su nombre, dice haberla eliminado el efecto tóxico, sin que por esto asegure, como nadie puede hacerlo con ningún producto introducido en nuestro organismo y en su torrente circulatorio, que no está exento de peligro; así expone y cita en su informe los trabajos de varios autores manifestando, que la idiosincrasia, estado de ánimo, pulso, constitución del individuo, edad, clima, sexo, etc., son motivos suficientes para no decir afirmativamente que la substancia H, aplicada en forma de inyección hipodérmica, ha de obrar de una manera constante é igual en todos. Se usa disolviendo una lentícula en el contenido de una geringuilla corriente, hirviendo el agua antes sobre la lamparilla de alcohol en una cucharilla de plata; así la hemos usado y en nuestros ensayos, si bien no acusamos un extraordinario éxito, tampoco podemos afirmar que es nulo.

Este producto se puede clasificar en su término medio entre los analgésicos inócuos y tóxicos

Refrigerantes.—Fórmula de Dobisch.

Cloroformo	10	gramos.
Eter sulfúrico	15	»
Menthol	1	»

M.

Se aplica por medio de un insuflador pulverizando el líqui-

do sobre la parte que se desea anestesiar; un minuto es suficiente; su acción dura seis minutos.

Inyecciones frías.—En la tésis del doctorado del Dr. Létang, se preconiza este procedimiento para la anestesia local; la mezcla refrigerante es indiferente; el caso es hacer poner la jeringuilla á 10°.

La fórmula siguiente es recomendada para la inyección:

Agua destilada.....	200	gramos.
Glicerina pura.....	100	»
Eter sulfúrico.....	6	»

M.

Este procedimiento no ha tenido aceptación, tal vez por falta de experimentación clínica, pero es digno de que fijemos la atención; sin embargo, tenemos que tener presente que el frio extremo produce en muchas ocasiones la mortificación de los tejidos y aplicado en inyecciones es posible que las escaras sean frecuentes.

Otro procedimiento curioso y económico es el siguiente: se toma un poco de nieve ó hielo y se mezcla con sal; se pone sobre una servilleta y aplicando ésta sobre la encía se producirá la anestesia al cabo de dos minutos; tiene el defecto de todos los frigoríficos, que algunas veces produce más dolor su aplicación que el que tratamos de evitar, aunque se tenga la previsión siempre conveniente de aislar los dientes con algodones; este es un medio anticuado que en ocasiones y obligados por la necesidad, por estar en lugares ó ciudades sin medios para adquirir otro anestésico, y teniendo hielo á mano podrá sernos muy útil.

De intento dejo el cloruro de etilo para tratarlo en la parte siguiente, por ser de los que más se usan.

Estado actual de la cuestión y reseña de los que más se usan.—Desde antes del año 1889 el anestésico local de los dentistas era la cocaína, por cierto de precio alto y las farmacias que surtían este producto eran escasas; ésta, en aquellos tiempos, la usaban pocos; la mayoría no usaba ninguno y los más afamados hacían uso de la electricidad y del protóxido de ázoe para las extracciones.

Hace muy pocos años, quizás desde la fundación de nuestra Sociedad Odontológica, es cuando se principió á observar un afán ó interés grande por encontrar el anestésico ideal, debido

esto sin duda, á que la profesión española entró en un período de actividad.

De vez en cuando la química nos ha salido con un producto y como diciendo *este es*, ha venido la experimentación clínica y vuelve el descubrimiento al sueño eterno; en este estado, unos se acojen al favorito antiguo que poseen, fórmula tal vez secreta, otros á la cocaína, otros esperando algo nuevo que ensayar y así todos buscando el perfecto, sin que hasta la fecha lo hayamos logrado. ¿Se podrá conseguir? ¿Se podrá con el tiempo afirmar la posibilidad de encontrar el bello ideal inócuo? Por mi parte creo que sí; porque si desde muy poco tiempo hemos tenido tentativas tan satisfactorias y éstas para vanagloria nuestra en nuestro país, como son las de el afamado químico Blanqué con sus *Lentículas* y las de el no menos ilustrado doctor Benedicto con su *Benesol*, siguiendo este avance, tengo el presentimiento que si no dejan sus estudios nos podrán decir cualquier día en competencia con esa Alemania industrial, «ahí tenéis lo que buscáis», y ese día será para nosotros un día feliz y para ellos la ansiada gloria. Veamos ahora los anestésicos más en uso sin que por el orden que los voy á colocar se juzgue cual es de ellos el que domina, puesto que cada uno tiene sus partidarios, según sus aplicaciones y sus conocimientos y según sus apreciaciones por el resultado que hayan obtenido.

Refrigerantes. Cloruro de etilo, éter, etc.—Nos ocuparemos sólo del cloruro de etilo, por ser de entre los frigoríficos el que más uso tiene; estos productos obran sobre la periferia y penetra poco su acción en los tejidos, por lo tanto el periostio no se anestesia, la zona blanca producida por el frío extremo no alcanza al ligamento alveolar que se adhiere al diente, pero su aproximación hace que se mitigue bastante el dolor. Estos agentes son muy útiles.

1.° Cuando se trata de extracciones con flegmasías.

2.° Cuando el osteide está muy conmovido.

3.° En caso de raigones superficiales con bordes fungosos.

Otros usos tiene el cloruro, como abertura de abscesos, etc.; no los menciono por no estar dentro del tema que tratamos.

En la instrucción que se daba al principio de conocerse este compuesto, se ponían tres advertencias de interés: 1.ª que no se acercara á llama alguna por ser sumamente inflamable; 2.ª que se procurara que el paciente no respirara los vapores; 3.ª que se

recubrieran los dientes con algodones. Hoy, después de bien observados persiste el primero y tercer punto, y el segundo se considera como parte necesaria é integrante al acto analgésico; en efecto, siempre procuro que respiren lo que puedan y he observado que ayuda mucho el primer grado que produce de anestesia general á la local. En los estados nerviosos y excitables, aplico siempre el cloruro por el efecto reflejo que produce. No hay duda que el respirar los vapores etéreos que se desprenden al irrigar sobre la encía calma bastante la excitabilidad. Hoy que ya se aplica en inhalación para la general se comprende la utilidad de lo anterior, descubierto por la práctica. Los refrigerantes por irrigación son inaplicables á los segundos molares y terceros, en atención al punto que ocupan por ser difícil hacer llegar á estos sitios el chorro anestésico en toda su actividad. El cloruro de etilo se aplica también cocainizado ó eucainizado, medios recomendados en la Sociedad de Terapéutica de París en 11 Enero de 1899.

Benesol.—Este compuesto, que se ha hecho célebre y se hace uso de él por muchos dentistas, abriéndose camino en Europa y América, se dió á conocer en el Congreso Nacional de Barcelona el año 1899. En efecto; allí tuvimos el honor de hacer demostraciones prácticas con esta substancia que hacía poco usábamos en nuestra clínica, y esto se verificó por una coincidencia, para ver si el anestésico que fué premiado y se puso á prueba tenía más poder que éste; los resultados fueron tan felices, que cayó el objeto del premio en el más lamentable y lastimoso estado de indiferencia y abandono, á pesar de su fórmula científica y racional; en cambio el Benesol alcanzó los honores de la más alta jerarquía, siempre en aumento hasta llegar al distinguido lugar que hoy ocupa. En aquel entonces no se sabía de su preparación más que era un compuesto de *fenato de cocaína, cafeína* y otro compuesto para disminuir la carga del fenato cuyas propiedades terapéuticas eran tres: altamente tóxico, anestésico y astringente.

El gran consumo de este agente le ha hecho estudiar más al afamado químico Dr. Benedicto que lo compone, y hoy sabemos que ha modificado su fórmula, siendo la composición distinta de la primitiva en uso, atenuando bastante su toxicidad. Al presente se compone de mezclas de *fenol, nitrito de amilo, eucaína B., mentol, sacarato de cocaína y eucaliptol*, todo disuel-

Como se vé, el Benesol, á sufrido una transformación grande debido á las indicaciones que le han debido hacer al fabricante, motivadas por los hechos clínicos y observaciones de la práctica. Aunque nosotros hemos contribuído bastante á su vulgarización, nos creemos desligados en absoluto en cuanto al impulso tomado comercialmente, pues ni conocemos siquiera al autor como no sea de nombre; así es que podemos juzgar este producto como todos, con la más absoluta independencia é imparcialidad.

Yo vengo aquí á ser severo y justo, y hablo según mis convicciones y pruebas, sin que podáis ver aquí un tanto alzado por línea. El Benesol es un anestésico tipo de primer orden y es de una acción eficaz é inofensiva siguiendo las instrucciones que se dan para su uso.

Es un preparado de tal eficacia y tan activo, que hay naturalezas que se ven influenciadas por su propiedad tóxica, así es que nunca se debe usar este producto para hacer varias extracciones seguidas y no pasar de un gramo en cantidad á inyectar; media jeringuilla de Pravaz ó tres cuartas partes son las dosis corrientes para usarlo una vez al día. Pequeños desvanecimientos hemos observado con su uso, jamás han sido graves en ningún caso; hoy con la modificación hecha en él ha desaparecido el motivo que hicieron á algunos retraerse de su uso.

(*Continuará.*)

INTERESES PROFESIONALES

SOBRE EL CONGRESO DE LISBOA

En uno de nuestros últimos números y á raiz de saberse la distribución de secciones del XV Congreso médico, en virtud de la cual por no existir sección de odontología y por exigirse á todo congresista el título de médico quedábamos los dentistas excluídos, dimos *sin comentarios* la estupenda noticia no sin prometer ocuparnos del asunto más detenidamente. Después, la *lusitana enmienda* puesta á modo de *inri* sobre los acuerdos de las demás naciones, creimos que casi no valía la pena de ser tomada en cuenta, y más aún al leer algún que otro comentario de queridos compañeros extranjeros que aconsejaban una rápida vuelta de espaldas y un significativo encogimiento de hombros, ante semejante alarde de exclusivismo. Callamos pues.

y callando hubiéramos seguido si los llamados estomatologistas franceses no hubieran visto en el acuerdo portugués, un signo de redención que lavaba la mancha echada sobre la medicina por las demás naciones al admitir en sus congresos una sección de odontología.

De antiguo sabemos todos, la lucha que vienen sosteniendo en la vecina república, estomatólogos y odontólogos, lucha de la que, hasta el presente nos hemos visto libres en España, y en cuyos asuntos no nos hemos mezclado por no invadir la casa ajena. Más ahora, como las pretensiones de los primeros encuentran grande apoyo en nuestra exclusión de la Asamblea portuguesa y las alabanzas y exclamaciones de independencia que llenan sus periódicos, al tener tal base, ofrecen un aspecto internacional de que hasta el presente han carecido, nos creemos obligados á decir algo á esos señores, que bien recibidos como era de justicia, nos tratan ahora con un menosprecio que raya en lo intolerable.

Claro es que nos dirigimos á la clase, pues tenemos la seguridad de que no todos los estimables compañeros *de especialidad* piensan de modo *tan intransigente* como piensa *La Revue de Stomatologie*, su órgano oficial por decirlo así, en cuyo número de Septiembre último aparece un artículo en el que lo menos que se podía pedir era un poco de cortesía, y en el que detrás de una C que aparece al pie se oculta seguramente un nombre muy fácilmente adivinable.

Pero imposible pasar adelante sin transcribir aquí los párrafos más importantes del citado artículo, que de la mejor gana trasladaríamos entero si nuestro espacio lo permitiera y si nuestro deseo de no hacer pesadas estas líneas no nos lo vedara.

Después de insistir sobre la importancia capital que el Congreso de Lisboa va á tener para el porvenir de la estomatología dice:

«Es necesario que los estomatologistas sean lo suficientemente avisados para sacar el mayor partido y aprovechar la ocasión *única* que se les ofrece de reunirse, conocerse y concertarse, y sobre todo de demostrar la fuerza y la vitalidad de la idea que representan, que no es otra que la de que la estomatología es una especialidad médica como las otras, que exige los mismos estudios, el mismo nivel científico, y en una palabra, que el especialista de las enfermedades de la boca y de los dien-

tes debe de ser un médico. Todo resultará naturalmente, probando que los estomatologistas poseen con la instrucción científica, el saber técnico y profesional en todas las partes de su especialidad, y que por ser médicos poseen estos conocimientos de la sola manera que conviene».

Siguen unas lamentaciones sobre la ingerencia de los cirujanos dentistas en el Congreso de París, debida á *maniobras de última hora* y en el de Madrid en el que por la misma causa se reprodujeron los mismos males que en el de París, con la agravante de llevar también la sección el nombre de *odontología* y por añadidura delante del de *estomatología*. Es que *también somos avisados para sacar el mayor partido*. Pero... continuemos.

«Nadie ignora que todas las dificultades pasadas y presentes y probablemente futuras, resultan de la necesidad de separar de los Congresos médicos en general y de una sección de estomatología en particular, las personalidades ajenas á la medicina, tales como los dentistas. Esto que parece muy sencillo, es en realidad muy difícil, pues lo cierto es, que desde que hay Congresos de medicina los comités de organización se han encontrado siempre con el mismo problema y faltos de una línea de conducta firme y definitiva no lo han resuelto de una manera satisfactoria y uniforme. Esta sencilla idea de que un Congreso de medicina no debe comprender más que á los médicos, no cabe en todos los cerebros, y por otra parte, las influencias, el barullo y los compromisos hacen el resto. Los cirujanos dentistas que no son médicos, son muchos y poderosos, muchos son inteligentes y tienen influyentes amigos. La acción combinada de todos estos elementos y las presiones ejercidas, terminan por aterrar y hacer perder la cabeza á los miembros más independientes de los comités de organización, que entreabren al fin á los dentistas, una puerta que debería estar herméticamente cerrada. Todos llegan á introducirse por la rendija, y así es como los Congresos se encuentran invadidos por un tropel heteróclito de elementos extraños que siembran la confusión y desnaturalizan su carácter médico. Aislados y perdidos entre los médicos, por su número forman los dentistas un islote aparte, una especie de *gran mancha* como el Rhône á su entrada en el lago de Genéve».

Gracias, ante todo por la inteligencia que de misericordia se nos concede á algunos y vayanse enterando los lectores de los

males que llevamos ocasionados en los Congresos anteriores en los que, á decir del autor, *hemos sembrado la confusión y desnaturalizado su carácter médico*, cosa de la que hasta ahora no nos habíamos enterado. Bien es verdad que de modo más ó menos indirecto se nos dice que constituímos *una mancha* en esas asambleas. Pasemos por alto un párrafo en el que se nos compara con los misioneros de la China, que habiendo adoptado las costumbres y la lengua del país, olvidan sn nacionalidad y su propia lengua, y prosigamos:

«Los cirujanos dentistas se resisten á ser médicos, pero quieren siempre parecerlo.

. . . . . .

Más no lo son, ni tienen la misma preparación ni los mismos estudios, ni las mismas atribuciones, ni los mismos intereses, ni la misma mentalidad. Son en una palabra, diferentes desde todos los puntos de vista.

. . . . . .

No son médicos, en fin; son un poco menos que las matronas cuyas pretensiones son más modestas, pueden ser un poco más que los enfermeros que han pasado por la escuela de la Salpétriére, pero,.. ¿qué derecho más que estos tienen para penetrar en los Congresos de Medicina? Es como si en un Congreso de ingeniería se admitieran los peones camineros.»

. . . . . .

«Yo no sé en definitiva por qué los cirujanos dentistas tienen tanto empeño en forzar las puertas de los cenáculos médicos. Son bastante numerosos y fuertes para bastarse á sí mismos. Tienen sus escuelas, sus periódicos, sus asociaciones, sus sindicatos y sus federaciones. Tienen sus Congresos nacionales é internacionales donde nadie les estorba ni pretende entrar por sorpresa ni á la fuerza. Tienen el cariño y la preferencia no disimulados de los poderes públicos, tienen así mismo su género de polémica. ¿Qué quieren más? Ellos se resisten á ser médicos y consideran á estos como ajenos á su profesión. ¿Qué tienen, pues, de común con ellos? Que nos dejen de una vez tranquilos».

El final del artículo es una loa al Comité de organización del Congreso de Lisboa que parece haber comprendido todas estas cosas, y con una inteligencia y un valor cívico superiores á todo el mundo civilizado nos ha dado un puntapié, deshacien-

do y creyendo improcedente lo que en los anteriores Congresos se había estimado justo y oportuno.

A muy tristes consideraciones se presta el ver que mientras la gran mayoría de los hombres consagrados á la medicina van estimando nuestros servicios sanitarios en su justo valor, haciéndonos un hueco á su lado; aquellos que poseyendo aquel diploma y que por razones que no son del caso ahora considerar se dedican á nuestra profesión, nos rechazan considerándonos como intrusos en la ciencia de curar y negándonos una *mentalidad* que puesta á discusión se prestaría á no poco interesante controversia.

No somos nosotros, sin embargo, de los que hubieran de dejar de admitir esa *superior mentalidad oficial,* consagrada por una larga estancia en las aulas y sancionada por un diploma que presupone conocimientos muy superiores en medicina, pero de esto á reconocer que ese título justifica conocimientos de la *especialísima* rama nuestra, no ya superiores, sino ni siquiera iguales, hay un mundo de distancia.

Muestras muy palpables y muy frecuentes encontramos todos en nuestras clientelas del valor que los conocimientos médicos suelen tener al referirse á los dientes, y sin embargo siempre hemos considerado como á un compañero al médico que se ha venido á nuestro campo y hemos respetado y considerado como justamente superior el título con que venía galardonado. De sus éxitos y de sus triunfos él había de recoger los frutos, de sus tropiezos él había de sufrir las consecuencias.

Más aún, en la opinión humilde del que estas líneas escribe, la profesión dental camina por unos senderos que la conducen, y en plazo quizá no muy lejano á caer en el campo de la medicina, exigiéndose este título para poderla ejercer y entonces el dentista será quizá más erudito, pero seguramente mucho menos dentista, á menos que escuelas especiales muy bien organizadas se encargaran de dar unos conocimientos y una práctica que desdeñarían los que estuvieron sometidos durante siete años á los estudios médicos que se creen muy suficientes por algunos para ejercer una profesión como la nuestra, tan eminentemente práctica como especial por todos conceptos. Y cuenta que no nos referimos á la prótesis por no caber en nuestra cabeza que haya quien crea que no requiere un estudio y prácticas especiales en los laboratorios.

Pero hagamos punto en una discusión tan intrincada como esta, que á más de haber sido tratada ya por autoridades indiscutibles en la materia, quizá resulte aquí algo fuera de lugar y lamentémonos de que donde no debiera haber más que fraternidad y compañerismo se creen esos exclusivismos de clase, en lugares donde todos unos de otros debiéramos aprender y prestarnos mutua ayuda para cooperar al bien común.

Por fortuna aquí no se ha difundido aún esa lucha de que se hace mención más arriba, y debemos hacer porque no se difunda protestando de frases y conceptos tan inexactos y descorteses como los contenidos en los párrafos copiados, y en último término al persistir en ellos sus autores, volver nuestras espaldas y encoger significativamente los hombros como algunos opinan que debemos hacer todos ante la conducta peregrina del Comité de organización del Congreso de Lisboa.

En cierta ocasión *admiróse un portugués* según el clásico verso, pero en esta los admirados somos todos los que no tenemos la dicha de ser lusitanos.

A. López Alonso.

Sobre el tercer Congreso Odontológico Español

CARTA ABIERTA

Dignos por todos conceptos son los puntos que en el próximo Congreso Odontológico Español se tratarán, pero el que se debe considerar como más importante, el más capital, es el que se relaciona con la implantación de medidas radicales de higiene dental.

La higiene es la ciencia que tiene por objeto el prevenir las enfermedades, y sobre todo las contagiosas, infecciosas ó epidémicas, conduciendo el organismo con fundamentos y reglas profilácticas científicamente establecidas á sus mejores condiciones de resistencia orgánica.

Si examinamos los datos, particularmente en la mortalidad infantil, enseguida nos apercibimos de la gran diferencia que existe entre los que por lo general practican la higiene y los que desgraciadamente carecen de los medios necesarios para adoptarlos.

Mucho y bueno se ha escrito por distinguidas personalidades en favor de la higiene, pero dada la importancia que tiene, debemos de recomendarla y practicarla hasta conseguir que sea obligatoria, muy particularmente donde se reunen colectividades, como son los cuarteles, conventos, colegios, hospitales, escuelas públicas y particulares y demás centros, donde observando y practicando con regularidad las medidas higiénicas, se conseguirían principios regeneradores para el organismo, y por consiguiente dispuestos á soportar el sinnúmero de microbios, que de lo contrario encuentran medios suficientes para su desarrollo.

Nótanse de poco tiempo á esta parte en el estado social, ciertos movimientos favorables al objeto de implantar medidas higiénicas en beneficio de todas aquellas personas, que unas por carecer de medios necesarios para la higiene de su organismo, otras por abandono y las más por indiferencia é ignorancia á practicar las reglas higiénicas ni aún rudimentarias, que siempre, pero en cierta edad de la vida y particularmente en la infancia son indispensables.

Ya en las principales capitales de alguna importancia existen Juntas compuestas por distinguidísimas personalidades dignas de nuestro mayor aplauso, que con tan buen acierto como desinteresadamente forman la «Lucha contra la tuberculosis», enfermedad que tantos estragos produce continuamente en la humanidad, y que por todos los medios posibles que á nuestro alcance se encuentren, estamos en la obligación humanitaria de combatirla con todas nuestras fuerzas, al objeto de poder crear una juventud fuerte, vigorosa é intelectual.

Los cirujanos dentistas son hoy los llamados á responder y sacrificarse en beneficio de la humanidad, y por las pruebas que están dando así lo demuestran, siendo de opinión que á poco que nos ayuden los llamados á gobernarnos conseguiremos todo lo que nos proponemos. Así, son de esperar de ese tercer Congreso Odontológico Español que pronto se celebrará en esa hermosa región de Palma, resultados prácticos que respondan á los sacrificios impuestos por todos y principalmente por sus principales organizadores, que con tanto acierto desempeñan el papel á ellos encomendado.

Nosotros, acompañados del incalculable apoyo de los señores médicos, farmacéuticos, veterinarios y demás fuerzas vivas

del país, somos los llamados á solicitar de los Poderes públicos la implantación de medidas radicales en sentido de la higiene al objeto de hacerla practicar obligatoriamente, y una vez que esto consigamos habremos dado un gran paso en el progreso social.

No quiero terminar estas cuartillas sin tributar un aplauso cariñoso al dignísimo profesor D. Benito Barainca, que tan desinteresadamente se presta á practicar sus servicios profesionales en bien de la humanidad en general y particularmente en provecho de esos hijos de la patria, dignos por todos conceptos de mayores consideraciones y cuidados que actualmente disfrutan (1).

Importantes en extremo son los puntos próximos á tratarse en ese tercer Congreso Odontológico Español en bien de la humanidad. Gran satisfacción produciría si los resultados del mismo corresponden á los sacrificios impuestos por todos, particularmente á los encargados de resolverlos, y por tal motivo deséemosle todo género de facilidades y buen acierto en sus difíciles gestiones, en la seguridad de que no se les escatimarán los aplausos y al mismo tiempo colocarán la profesión al nivel que le corresponde.

ABILIO SÁENZ.

Irún 6 de Octubre de 1904.

(1) Refiérese el autor en este párrafo al nombramiento de dentista provisional de la guarnición de Badajoz, recaído en el Sr. Barainca y que dicho señor desempeña gratuitamente.

POR EL PROFESOR NEMO

Tratamiento de la estomatitis mercurial, por el Dr. Paul Girés, París. (*Revue de Stomatologie.*)

El clorato de potasa, *intus et extra*, fué el agente favorito en pasados años para el tratamiento de la estomatitis mercurial. El permanganato de potasa ha sido también empleado para este fin, pero hoy está abandonado por su acción decididamente débil sobre las bacterias. El doctor Oppenheim recomienda (*Vienez. Med. Wochenschrift*) el dióxido de hidrógeno en solución, ya como enjuagatorio, ya como aplicación local en las partes ulceradas. Como enjuagatorio emplea la solución al 3 por 100 y localmente sobre las úlceras, una al 30 por 100. Muller (*Journ. des maladies cutanées et siphylitiques*), recomienda igualmente el dióxido de hidrógeno en solución desde 5 á 10 por 100, ó también saturada de tintura de iodo aplicada sobre las encías y las membranas mucosas por medio de un pincel de pelo de camello. Este autor preconiza un tratamiento profiláctico que consiste en el uso de una pasta dentífrica compuesta de 40 por 100 de sales de Wiesbaden. La dispepsia y la albuminuria que á menudo se desenvuelven en los sifilíticos y que son causadas por la administración mercurial pueden prevenirse por el tratamiento higiénico dietético y terapéutico tal como se administra en Wiesbaden. El doctor Muller emplea el clorato de potasa en los casos en que el estado del paciente requiere intervención inmediata. Lo emplea en forma de enjuagatorios en solución de 3 á 5 por 100 y nunca al interior, siendo de opinión que el efecto del permanganato de potasa sobre las membranas mucosas del estómago es más bien perjudicial.

El Dr. Girés observa que todos estos agentes particularmente el dióxido de hidrógeno son más útiles en el tratamiento terapéutico de la estomatitis mercurial, pero recomienda la necesidad de remover toda posible causa de irritación é infección, porque ningún tratamiento, cualquiera que sea, puede aspirar á desarraigar la afección si los cálculos salivales, caries, raigones, etc., no han sido removidos.

***

Un caso raro de osificación de la pulpa, por el Dr. Hugo Ledy. (*Deutsche Zahnarztliche Wochenschrift.*)

Refiérese el autor al caso interesante de un paciente que re-

tamiento de un dolor agudo en el segundo molar derecho superior y el mismo en el maxilar inferior. El caso fué diagnosticado como pulpitis en el segundo molar superior derecho y una aplicación arsenical fué hecha á fin de obtener la desvitalización del órgano. El dolor pronto decreció, desapareciendo al día siguiente. Se practicó una amplia abertura en la corona á fin de facilitar la remoción de lo que se consideraba como una pulpa desvitalizada.

Inmediatamente de la introducción del instrumento extractor del nervio en la cámara pulpar, fué evidente que la porción coronaria de la pulpa había por completo desaparecido. La entrada en los canales era relativamente accesible, pero los exploradores del nervio podían apenas penetrar en ellos. Un examen cuidadoso reveló la presencia de dos cuerpos movibles en los canales, los cuales después de debidamente extraídos resultaron ser la pulpa osificada. Uno de los cuerpos comprendía las dos partes, bucal y coronal, y el otro la porción palatina. Aun cuando este caso es extraordinariamente interesante por sí mismo, adquiere mayor significación al considerar que esta misma acción degenerativa se descubrió en el molar inferior derecho y en el segundo molar superior izquierdo, haciendo un total de tres pulpas completamente calcificadas en una sola boca.

***

Contra la dilatación de la escayola, por P. B. Mac Cullough, Filadelfia. (*International Dental Journal.*)

Refiere el autor los resultados de sus experimentos con la escayola á fin de hallar los medios de prevenir en lo posible la dilatación de la escayola durante el proceso de su endurecimiento. Sus ensayos consistieron principalmente en la mezcla de la escayola con una solución saturada de óxido de calcio en agua, previamente filtrada, hervida y enfriada en mezclarla con agua de cal preparada sin filtrar ni hervida mezclarla con una solución de goma arábiga con agua de cal, á la cual una pequeña cantidad de sal se añadió.

Un ensayo también fué hecho con agua á toda ebullición y dejada enfriar. Entre todos estos varios experimentos, el autor halló que la escayola mezclada con una solución de óxido de calcio en agua filtrada, hervida y enfriada no se dilata La solución de goma arábiga evita también la expansión, pero la escayola resultante es menos densa que cuando se mezcla con el agua de cal.

***

Para rehacer una plancha.

Tómese una fresa gruesa y rebájese toda la cara interior de la dentadura que se trata de rehacer y que se encuentra en contacto inmediato con el tejido gingival; tómese un trozo de composición de modelar, reblandézcase en agua caliente y colóquese todo alrededor sobre dicha superficie; insértese en la boca, oprímase y hágase que el paciente cierre firmemente los dientes; véase si la articulación es correcta y si los dientes tie-

nen la altura que deseamos. Si todo está en orden, ruéguese al paciente mantenga los dientes cerrados, mientras que con la jeringa de agua se proyecta un chorro de agua fría sobre la composición de modelar; quítese la dentadura de la boca y colóquese en agua fría hasta que toda la dicha composición se halle completamente endurecida. Con un cortaplumas bien afilado se recorta toda la pasta ó composición de modelar hasta obtener la forma que una vez terminada ha de presentar. Vuélvase á colocar en la boca y hágase al paciente articular. Mírese si la articulación, longitud de los dienles y todos los detalles son correctos; quítese de la boca y colóquese en escayola en la parte inferior de la mufla con los dientes hacia abajo. Moldéese en la escayola juntamente hasta el borde de la plancha. Barnícese la superficie de la escayola; colóquese la parte superior de la mufla y termínese de llenar con escayola. Abrase después de calentarla en agua caliente; quítese la pasta ó composición; cárguese el caucho en el lugar que esta ocupaba y vulcanícese. Todo esto puede hacerse en menos de la mitad del tiempo que requiere el hacer una plancha nueva y resulta tan perfecta como si lo fuese. Este es un procedimiento cómodo y fácil de corregir una plancha que por causa de la absorción del proceso alveolar hubiese quedado floja.

***

El olor de las razas.

El *American Inventor* publica las notas de varios observadores acerca de los olores de los animales y de las razas humanas. Sostienen estos observadores que los pueblos occidentales poseen un olor natural que no es perceptible por ellos mismos, pero que es fácilmente apreciable por la raza amarilla. Después de un cierto tiempo, sin embargo, japoneses y chinos que han fijado su residencia en Europa se habitúan á este olor. Dicen estos naturales de oriente que el olor de los europeos que al principio les fué intolerable, después de varias semanas de residencia en Europa se les hacía soportable.

Todo animal viviente posee en general su olor característico. Caballos, perros, gatos, etc.; el hombre, inclusive, tienen su emanación propia, que es parte inherente de la raza y que puede ser individual y variable con la edad y condición de la salud. Las sudoríparas producen la emanación percibida por el sentido del olfato.

Aunque es cierto que los chinos y japoneses tienen poca ó ninguna emanación, esto depende sin duda del régimen alimenticio. En las razas blancas hay observadores que poseen un muy desarrollado sentido del olfato y que distinguen las personas que siguen un régimen vegetariano y aquellos que se alimentan de carnes, siendo á veces la diferencia entre estas dos clases de personas muy pronunciada.

Los individuos que se nutren con carnes exhalan bajo la influencia de la fermentación de la secrecion cutánea un olor mucho más fuerte que los vegetarianos. Los japoneses son principalmenmente vegetarianos y por esta

razón su piel exhala olores apenas perceptibles. La raza y hasta el color individual tienen tambien cierta influencia, así los morenos, rubios y pelirójos exhalan diferentes olores de su cuerpo.

*
* *

Método para separar la encía en las cavidades profundas, labiales ó bucales.—(*Review.*)

Cuando la cavidad se extiende por debajo del margen gingival, el siguiente método hace de su separación una operación relativamente sin dolor. Pásese una ligadura encerada alrededor del diente cariado, insértese en un borde un rollo ancho de algodón bajo la ligadura y dése la primera vuelta alrededor. Oprímase lo restante del rollo contra la encía sobre la cavidad; dese la segunda vuelta de la ligadura sobre el centro del algodón y dejese por uno ó dos días. Cuando el paciente vuelve se hallará que la encía se halla completamente fuera de la cavidad. Antes de quitar el algodón séquese bien y satúrese con cloruro de adrenalina para evitar la hemorragia; séquese el algodón otra vez y satúrese con cocaína por algunos minutos. El algodón puede entonces ser removido y la encía bañada con colodion para evitar la humedad. Usese un clamps estrecho en estos casos.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE CATALUÑA

Memoria reseña de los trabajos del pasado curso, del Secretario de la Corporación D. Pedro Carol, leida en la sesión de apertura del curso de 1904 á 1905. (1)

Señores: Ageno estaba mi pensamiento á tener que molestaros en día y solemnidad tan señalada; causas especiales y de índole morbosa han privado de ocupar este sitio de honor al que hasta hace poco tiempo ha sido digno Secretario de esta Corporación.

Un año va á cumplirse que con modesta, pero severa gala, y reunidos en este mismo local un gran número de señores Académicos, del propio modo que se congregan los miembros de una familia en torno del hogar doméstico para solemnizar sus fiestas, celebrábase la sesión inaugural. Representantes de las Autoridades, centros docentes y Corporaciones, los presi-

(1) Publicamos hoy un extracto de esta interesante Memoria por no permitirnos otra cosa su mucha extensión y nuestra falta de espacio. Esta última razón ha sido tambien la causante de que no la hayamos publicado antes.

dentes de algnnas sociedades hermanas y un público numeroso y distinguido, honraron nnestra fiesta, dando con ello público testimonio del respeto que merece nuestro Círculo Académico y sirviendo al propio tiempo de testigos de los interesantes problemas científicos dilucidados en el año anterior. Ausente por repentina indisposición el presidente honorario Dr. Martínez Vargas, presidió el electo D. Ramón Pons, que concedió la palabra al ilustrado Secretario D. José Alonso, el cual dió lectura á una extensa y bien meditada memoria-reseña de los trabajos realizados por este Círculo durante el anterior curso.

Terminada la lectura de tan luminosa memoria, el distinguido académico D. Joaquín Plet, pagando el tributo reglamentario, dijo la oración inaugural que versó sobre la «Importancia de la limpieza de la cavidad bucal», en cuyo discurso consiguió llamar vuestra atención hacia un extremo tan esencial á la higiene y á la terapéutica, probando una vez mas cuanto puede la laboriosidad y el estudio.

Acto seguido se procedió á dar lectura del fallo que había emitido el Jurado y á la consiguiente repartición de premios del concurso que este Círculo había anunciado en la prensa profesional y local.

Abiertos los pliegos ó carpetas que contenían los nombres de los autores premiados, resultaron serlo D. José Cirach, cirujano dentista de Barcelona y miembro de este Círculo, premiado con un accésit al premio ofrecido por el Dr. D. Andrés Martínez Vargas, cuya Memoria premiada tiene por lema «Laboremus», no adjudicándose el premio por no contener mérito suficiente las demás Memorias presentadas.

El segundo premio, ofrecido por D. Pedro Carol, quedó desierto. El tercero, ofrecido por D. Joaquín Plet, adjudicóse al Sr. D. Jesús Alonso García, por su Memoria titulada «Ventajas é inconvenientes de los aparatos eléctricos en el gabinete y taller», obteniendo el primer accésit D. José Cirach por su Memoria intitulada «Nuevo título de odontólogo». Otorgándose el segundo accésit al cirujano dentista de ésta D. Ramón Pons, por su Memoria titulada «Gloria á los inmortales Galvany, Volta y Amper». Grandes aplausos premiaron á los agraciados.

Leyóse después el programa de premios para el próximo Concurso, levantando el Sr. Presidente la sesión después de ha-

ber agradecido con afectuosas frases á todas las personas allí reunidas su asistencia á tan solemne acto.

Pocos días después tomó posesión de su cargo la nueva Junta de gobierno, quedando la presidencia á cargo de D. Ramón Pons, la secretaría al Sr. D. Manuel Bau, ocupando la tesorería D. Enrique Pons y el puesto de vocales D. José Meifren Roy y el que tiene la honra de dirigiros la palabra.

Pocos han sido los asuntos de índole científica que han ocupado vuestra atención, siendo muchos y muy variados los de caracter administrativo. No es esto de extrañar; la asistencia al XIV Congreso Internacional de Medicina últimamente celebrado en Madrid por una parte y los distintos contratiempos sufridos por la persona del Sr. Presidente y algunos otros señores socios por desgracias acaecidas en personas de sus familias, por otra, fueron la causa de que la labor científica sufriera un letargo muy lamentable.

En la sesión del día 28 de Mayo se dió lectura de la Memoria de recepción del socio corresponsal D. Eusebio Beltrán Abadía, cirujano dentista con residencia en Barbastro, intitulada: «Breve reseña histórica de los anestésicas generales y locales más comunes y de sus resultados en cirugía dental», que originó larga y animada discusión.

En la del día 3 de Octubre, el presidente del Círculo D. Ramón Pons, leyó una voluminosa Memoria reseñando el Congreso de Medicina y en especial lo que hace referencia á su sección XII de Odontología del cual era delegado en representación de nuestra Corporación, analizando y haciendo justa crítica de los trabajos científicos de dicha sección.

La sesión más importante del curso fué la que se celebró el día 10 de Octubre destinada á la presentación de un horno eléctrico inventado por el académico D. José Meifren Roy; todos los asistentes reconocieron en el horno del Sr. Meifren grandes ventajas sobre los conocidos hasta hoy.

Por último, en la sesión del día 8 de Noviembre el Sr. Pons presentó un caso de neuralgia facial debido á la osificación de la pulpa, promoviendo larga discusión en la cual se adujeron toda clase de razonamientos.

También dió señales de vida científica esta Academia en el XIV Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid en Abril último, enviando sus representantes y tomando parte

activa en las sesiones científicas y clínicas que tuvieron lugar en su sección de Odontología la mayoría de los individuos que al mismo asistieron. (1)

La biblioteca se ha visto aumentada con algunos interesantes ejemplares y volúmenes habiéndose acordado la adquisición de varios otros.

En cuanto á relaciones con los autoridades y demás academias y centros científicos, tanto nacionales como extranjeros no pueden ser más cordiales, siendo invitada nuestra Corporación á todos los actos oficiales de aquéllos y recibiendo sus publicaciones con destino á la biblioteca.

La Academia de higiene de Cataluña acordó que uno de nuestros socios numerarios formase parte del Jurado para un concurso de premios que la misma ofrece, acto de distinción que este Círculo agradece en el alma, viniéndose á demostrar cuán digna de consideración se ha hecho acreedora esta modesta Corporación.

Con júbilo paso á daros cuenta de haberse recibido los Estatutos y Reglamentos de dos nuevas Corporaciones odontológicas titulados «Sociedad Odontológica de Guipúzcoa», con residencia en San Sebastián y «Sociedad Odontológica de Vizcaya», con residencia en Bilbao, ambas fundadas durante este año.

Satisfecho puede estar, señores, el Círculo Odontológico de Cataluña, de que á los diez y seis años de su fundación hayá visto nacer una serie de Sociedades científicas profesionales de gran importancia, al frente de las cuales están, cual capitanes que dirigen sus naves, queridos y sabios compañeros, poseídos todos del espíritu reformista.

No es de extrañar, pues, que nuestra profesión, antes tan olvidada y peor considerada por la respetable clase médica, se vea hoy respetada y atendida por ella, y mucho más lo sería si todos los que se dedican á tan importante ciencia y arte, la ejercieran con la mayor dignidad, evitando espectáculos tan poco edificantes como los que, por desgracia, se leen en algunos sitios públicos.

He aquí, señores, porqué nuestra Corporación puso todo su empeño en conseguir que los estudios de la profesión dental española sufrieran una transformación en sentido progresivo, á fin

(1) Da cuenta aquí del movimiento efectuado en el número de socios durante el curso.

de que el futuro Cirujano-dentista pudiera ocupar entre la familia de las ciencias médicas un lugar preeminente en cultura é ilustración.

No podíamos los dentistas actuales quedar rezagados en el movimiento de avance y progreso que tendrían nuestros comprofesores de las demás naciones; y comprendiéndolo así, este Círculo puso todo su empeño para llevar á la práctica en unión de la Sociedad Odontológica Española el acuerdo tomado por unanimidad en la última sesión del Congreso Odontológico Español, celebrado en esta ciudad en el mes de Septiembre del año 1899.

El mejor éxito en la empresa coronó nuestros esfuerzos, pero no por completo, puesto que el nuevo plan de estudios resulta aún deficiente. ¿Fué culpa de la comisión de reforma? No, puesto que ella entregó un plan completo de enseñanza, producto de madurado estudio y basado en las deficiencias que se venían observando en la práctica de la profesión, plan que por tres veces consecutivas fué rechazado, aprobándose, después de gran discusión con los dignísimos ponentes que defendían el presentado por la comisión, el plan de estudios publicado en la *Gaceta de Madrid* en el mes de Abril del año 1901, y que hoy rige para la obtención del nuevo título de Odontólogo.

El primer paso ha sido dado y éste ha sido de trascendental importancia, puesto que de no haberse implantado el nuevo plan de estudios, difícil nos hubiera sido presentar una Escuela dental, aunque modesta, suficiente para las necesidades de momento, y demostrar á los comprofesores extranjeros que también los dentistas españoles sabían evolucionar.

Cuantos tuvieron la dicha de asistir al último Congreso Internacional, pudieron oir las frases de elogio, aparte de las de admiración, que prodigaban por la sorpresa recibida los más eminentes odontólogos extranjeros.

Como toda obra nueva, tiene sus opiniones favorables y adversas; el tiempo, gran factor y demostrador de verdades, mostrará á los segundos su error.

Tanto el Círculo Odontológico de Cataluña y la Sociedad Odontológica Española, juntamente con la Comisión de reforma, pueden estar orgullosos de haber aportado otro sillar al edificio que ha de enseñar á la futura juventud odontológica lo que pueden la *unión y el trabajo colectivo*.

Imitad jóvenes y futuros odontólogos el ejemplo enseñado por los que ya empiezan á ver cubiertas las sienes por la nieve de los años; la evolución por ellos operada deberá serviros de guía para lo sucesivo, pues que de sencillos practicantes han sabido trabajar para elevar su modesta profesión al nivel intelectual y científico en que actualmente se encuentra.

Voy á concluir. Sobradamente he molestado vuestra atención para que me atreva á continuar por el camino de la última digresión cometida, más propia de un discurso doctrinal que de una reseña histórica de fin de curso, pero era preciso.

Ni por un momento he abrigado la necia pretensión de ofreceros una Memoria perfecta, solamente he pretendido salir del paso en el encargo que me confiasteis y defender al mismo tiempo á las Sociedades y Comisión que gestionaron la reforma de nuestra profesión, de los injustos ataques de que han sido objeto por una parte de la profesión.

Queda, pues, mi objeto cumplido; toda vez que aunque mal expresados los hechos, son desde ahora públicos y ellos sólo dicen mucho en elogio vuestro. y deseando días de gloria para el Círculo sin olvidar los que ya tiene conquistados, concluyo dando las gracias á tan selecto auditorio por la benévola atención con que me ha escuchado. He dicho.

RECETAS Y CONSEJOS

Utilidad del cemento.—El uso del cemento para obturar cavidades no siempre conveniente por su escasa duración, es en cambio muy útil para pavimentar por decirlo así las paredes de aquéllas, encontrando en él muy útiles medios de hacer anclajes ya para el oro, ya para la amalgama, ya para las incrustaciones de porcelana. A la vez refuerza las paredes débiles de las cavidades y protege la sensibilidad de la dentina contra las sensaciones térmicas de los materiales metálicos.—(*Dental Brief.*)

Cavidades indicadas para las obturaciones de porcelana.—Estas obturaciones se hallan indicadas en las siguientes cavidades: cavidades bucales y labiales de los dientes, cavidades simples aproximales de los incisivos y caninos, cavidades inciso-aproximales cuando son preparadas de modo que la obturación pueda sostener la presión masticatoria, cavidades que comprendan casi todo el margen incisivo, cavidades profundas en las superficies triturantes de los molares, cavidades oclusoaproximales de molares y bicúspides siempre que el bloque de porcela-

na tenga el grueso suficiente para poder resistir los esfuerzos de la masticación.

Estas obturaciones se hallan contraindicadas: 1.°, cuando la presión masticatoria pueda romper el bloque de porcelana; 2.°, cuando por ser de difícil acceso la cavidad no pueda construirse una buena matriz; 3.°, en los incisivoc cuando el margen incisivos interesado sea muy pequeño y delgado:—(*Dental Sunmary.*)

Para insensibilizar la dentina.—El Dr. Kenney recomienda para esto usar un anestésico local en inyección hipodérmica como si se tratara de una extracción dentaria. Con este medio, tocando además la cavidad con ácido fénico y usando instrumentos muy cortantes, consigue excelentes resultados.—(*La Stomatología de Milán.*)

Nuevo método para el empleo de la adrenalina.—Mignon emplea una mezcla de adrenalina y de vaselina para aplicaciones locales. Se sirve la fórmula siguiente:

Adrenalina.....	1/2 gramos.
Vaselina líquida.....	45 gramos
Vaselina blanca	3 gotas.
Esencia de geránio	3 »
Lanolina	4 »

La acción es un poco menos rápida que la de una solución al 1 por 1.000, pero es más prolongada. En la cauterización de la mucosa nasal impide la congestión secundaria. En las operaciones que pueden ser seguidas de una hemorragia secundaria es conveniente aplicar una solución al 1 por 1.000 del agente y continuar por una aplicación de la mixtura.—(*L'Odontologie.*)

Precaución para después del empleo de los aceites esenciales.—Siempre que en una cavidad se emplee cualquiera de los aceites esenciales, deberá tenerse la precaución antes de colocar una obturación de cemento de limpiar muy bien la cavidad con alcohol, pues de lo contrario los residuos de aquel impiden que el material agarre bien..

Tratamiento de la estomatitis mercurial. —Oppenheim recomienda el tocar las partes ulceradas con el agua oxigenada al 30 por 100 así como colutorios varias veces al día con una solución de agua oxigenada al 3 por 100. En dos días, la salivación excesiva y la fetidez del aliento desaparecen y las ulceraciones se ponen en vía de curación.—(*L'Odontologie.*)

Colutorios contra el muguet.—Hágase disolver la siguiente fórmula:

Bicarbonato de sosa	4 gramos.
Borato de sosa	2 »
Jarabe de moras.....	20 »

Se moja un pincel en esta solución y se tocan tres ó cuatro veces por día las partes afectadas de muguet.—(*L'Odontologie.*)

Remedio para la asfixia.—Dice la *Lancet* que el Dr. Panairek. de Praga, ha demostrado ser de gran eficacia en caso de asfixia ó de pérdida del conocimiento, tirar al paciente de la nariz hacia arriba y hacia abajo; con lo cual se obtiene el efecto deseado en uno ó dos minutos.

Esto, además. tiene la ventaja que en los casos de fingimiento, la persona desmayada al primer tirón recobrará el sentido en el acto.—(*Revista Médica de Sevilla.*)

Grietas de los labios.—Una parte de ácido bórico en 24 de glicerina; 7 partes de lanolina anhidra y 70 partes de vaselina; aplicarlo sobre los labios al acostarse.

Polvos dentífricos.—Magnesia calcinada, 16 gramos; sulfato de quinina en polvo, 0,50 gramos; esencia de menta, 3 gotas. Mézclese.

Elixir antiséptico.—Agua destilada, 500 gramos; timol, 0,50 gramos; borax, un gramo. Mézclese.

Acción anestésica de la luz azul.—El corresponsal del *Daily Mail* en Ginebra, con objeto de comprobar el descubrimiento del Dr. Redard referente á la acción anestésica de la luz azul, fué á hacerse extraer un molar por el método indicado, y los resultados, según él mismo afirma, fueron altamente satisfactorios.

Antes de marcharse, el doctor le manifestó lo siguiente:

En el curso de mi larga práctica he encontrado que la luz azul ejerce una acción sedante sobre el nervio óptico, lo que me decidió á llevar el descubrimiento á la práctica. Con la luz verde obtuve resultados parecidos, aunque no tan concluyentes, por lo que he prescindido de ella por completo.

Continúo, sin embargo, haciendo ensayos con los demás colores, y estoy persuadido de que cuando sus verdaderas propiedades sean bien apreciadas se producirá una revolución, no sólo en Odontología, sino en Terapéutica en general, rama de la ciencia en la que todavia estamos tan atrasados.

Anestesia local con eucaina y cocaina-adrenalina.—Las siguientes conclusiones presenta el Dr. Czerny sobre este particular. La eucaina es absolutamente inofensiva empleada á igual concentración de sus soluciones que la cocaina. Una solución caliente de eucaina anestesia tanto como la solución de cocaina, en igual grado de concentración. La adrenalina aumenta el poder anestésico de la eucaina, y no se acompaña de complicaciones desagradables, usada en inyección subcutánea y en concentraciones de 1.20.000.—(Del *Siglo Médico.*)

El silencio.—Un médico holandés, M. Mendes de León, asegura que el silencio no sólo es oro, como dice el refrán, sino también salud.

Según el citado profesor, la palabra es séptica, y es peligroso hablar durante cualquiera operación quirúrgica, sea la que sea, la razón es

microbios algunas chispas de saliva; infectar, por lo tanto la lesión y dar al traste con todas las precauciones asépticas, tomadas por los médicos y practicantes. El riesgo no es imaginario. M. Mendes de León ha hecho el experimento. Ha dicho 300 palabras delante de una placa de agar-agar, á la que ha puesto en condiciones favorables á la multiplicación de microbios, y el resultado ha sido el siguiente: la placa presentó 250.000 estreptococos y estafilococos.

Después de esta prueba tan concluyente, el profesor holandés ha decidido no operar sino con una especie de careta para la boca que deje pasar el aire, pero que retenga los microbios.

Algunos profesores tienen ya la costumbre de gargarizar ó enjuagarse la boca con una solución aséptica, pero el uso de la mascarilla es preferible. El ideal sería que el operador no tuviera necesidad de abrir la boca, esto es cási imposible. Desde luego, partiendo del principio de que el silencio es oro y aséptico á la vez, puesto que la palabra es séptica, los cirujanos harán bien en imitar á su colega de Holanda para evitar un contagio involuntario, que puede verificarse con la mayor facilidad.—(Del *Siglo Médico.*)

BIBLIOGRAFÍA

Estudio sobre anestésicos locales en Odontología, por D. Tirso Pérez.—Curioso folleto del distinguido dentista de este nombre, conteniendo la conferencia que con tal tema dió en la Sociedad Odontológica Española el 11 de Marzo de 1904.

***

El código de Hammurabi y la oftalmología en los tiempos babilónicos, por el Dr. D. Rodolfo del Castillo Quartiellers.—Hemos recibido un interesante folleto del Dr. D. Rodolfo del Castillo Quartiellers con el título que antecede. Es un curioso estudio histórico tratado con la inteligencia peculiar del distinguido oftalmólogo.

HOJAS SUELTAS

Regreso.—Nuestro querido director D. Florestán Aguilar regresó el día 9 del corriente de su expedición veraniega, que como nuestros lectores saben tuvo por principal objetivo su asistencia al Congreso de San Luis. Viene muy satisfecho, y como siempre con proyectos é iniciativas que le sugieren sus frecuentes visitas al extranjero y su extraordinaria actividad. En nuestra Revista se han de sentir muy especialmente y en breve tales iniciativas.

De la misma procedencia llegó el día 13 el actual Presidente de la Odontológica Española D. Jaime D. Losada, que antes de emprender

sus tareas profesionales ha visitado en compañía de su distinguida señora á Tanger, Cadiz y Granada. Viene también satisfechísimo de su expedición.

También ha regresado de Biarritz, donde ha pasado el verano con su distinguida familia, el Dr. H. E. Highlands.

Con estos regresos podemos seguramente decir que se ha verificado ya el *completo* en Madrid de los que con distintos fines salieron durante el verano.

Sean bienvenidos y reciban nuestro saludo cariñoso.

Felicitación.—La dirigimos muy cordial á nuestro compañero de Zaragoza D. Mariano Riva Fortuño por el brillante éxito obtenido por su hijo del mismo nombre en los exámenes de la Academia de Comercio donde ha obtenido el grado oficial de Contador mercantil. Es de advertir que el aventajado joven tiene dieciséis años de edad y ha simultaneado los estudios del bachillerato con los mercantiles, habiéndo se dado el caso de aprobar en un curso 16 asignaturas con las mejores notas.

Nueva Revista.—Se anuncia la publicación de otra nueva revista profesional en París dedicada exclusivamente á la prótesis. Se llamará la *Revue internationale de prothése dentaire* y será dirigida por M. Dubois. Le deseamos el mayor éxito.

De ejemplo.—Nuestro colega francés *L'Odontologie* se hace eco en su último número de la noticia del nombramiento en Algeciras de un dentista con destino á la asistencia pública de que nos ocupamos á su debido tiempo. Al hacerlo constar dice que vería con sumo gusto que Francia siguiera el mismo camino.

Fray Orsénigo.—Ha muerto en las cercanías de Roma Fray Orsénigo, célebre *sacamuelas* italiano perteneciente á la Hermandad de San Juan de Dios. Gozaba de gran popularidad entre *su público*, al que en veinticinco años de *ejercicio profesional* se calcula ha extraído unos 10.000 dientes y algunas veces *algo más*, pues no siempre parece que salieron solos los dientes. Al decir de sus admiradores su mayor mérito consistía en la *rapidez operatoria* y en que no cobraba nada, más los dientes que sacaba los guardaba cuidadosamente, habiendo reunido grandes cajas de ellos. Ha muerto en un sanatorio que había fundado con el objeto de asistir solícito á su *enorme clientela*, que siempre formó largas colas á las puertas de su residencia.

Dentista militar.—El cuerpo de Sanidad militar de Alemania ha nombrado un dentista para las tropas del protectorado del Africa alemana del Sudoeste. Tiene la categoría de un sargento mayor, y al cabo de seis meses tendrá la de oficial. Con carácter adjunto se ha nombrado también un mecánico con la categoría de enfermero.

Operaciones hechas por los dentistas militares en los Estados Unidos.-Del [illegible]

hombres; los cirujanos dentistas militares de los Estados Unidos han practicado 23.879 operaciones sobre los dientes y las encías, 99 en la boca y en los maxilares, 23.433 obturaciones simples, 1.315 obturaciones combinadas, 592 puentes y coronas, 146 dentaduras artificiales y 9 aparatos para fracturas de los maxilares. Total 49.473 operaciones en las tropas estacionadas en los Estados Unidos, Cuba, Puerto Rico y Filipinas.

Un concurso.—La Sociedad dental de Suecia ha abierto un concurso para la publicación de un tratado popular sobre *los dientes y sus cuidados* que será distribuído en las escuelas y entre las clases populares. El concurso se abre para todos, con tal que la obrita esté escrita en sueco y no pase de seis páginas.

Los manuscritos serán examinados por un Jurado formado por los profesores Lindstrom, Forberg, Forsmann y Benson.

Se concederán dos premios, uno de 925 francos y el otro de 400 para los dos mejores folletos.

Nueva plaza de dentista.—Recibimos la noticia de que el nuevo Presidente de la República de Colombia general Reyes, ha creado una plaza de dentista para la guarnición de Bogotá, recayendo el nombramiento en nuestro estimado compañero de aquella capital D. Daniel Angulo.

Damos la más cumplida enhorabuena al favorecido y á la profesión de aquel país por lo que significa este paso de avance dado.

A dicho general es debida también una ley dando caracter oficial á la Facultad dental del país y reconociendo con tal caracter á los diplomas por ella expedidos.

Estudiantes de medicina y de farmacia en Francia.—En el presente año se han matriculado en las diversas Facultades de Francia 7.052 estudiantes de medicina, de los cuales 6.317 son franceses; los del sexo femenino son 202 francesas y 164 extranjeras. El total de estudiantes extranjeros que es de 735, se divide en: 197 persas, 89 turcos, 75 búlgaros, 70 rumanos, 102 rusos y 202 de nacionalidades diversas.

París, cuenta 3.496 estudiantes; Lyon, 954; Burdeos, 654; Montpellier, 532

Hay que agregar 1.558 alumnos de las Escuelas departamentales de medicina y de farmacia, lo que lleva á 8.610 el número total de estudiantes. En farmacia hay matriculados 3.024, de los que 76 son mujeres.

La cocaína.—El tribunal correccional de Roame, en Francia, ha condenado últimamente al Dr. Waitz á pagar la multa de 500 francos por homicidio causado por imprudencia. Parece que dicho doctor para tratar un hidrocele en cierto empleado de Correos le propinó una inyección de cocaina que causó la muerte de un cliente. La disolución era muy concentrada.

Aumento de páginas.—Como verán nuestros lectores, debido al exceso de original, el presente número lleva cuatro páginas más sobre el

LA ODONTOLOGIA

Año XIII | Noviembre 1904 | Número 11.

TRABAJOS ORIGINALES

DOS MÉTODOS (SECO Y HÚMEDO) PARA REFINAR EL ORO

por el DR. A. CHIAVARO, de Roma.

En el laboratorio del dentista debe siempre procurarse separar los recortes de oro, de las limaduras, que pueden contener soldadura, platino y metales bajos, como estaño, plomo, zinc, hierro, antimonio, bismuto, etc.

Los recortes se funden para usarlos, mientras que las limaduras generalmente se venden tal como están, ó se funden, vendiéndolas después al refinador á un precio muy bajo, lo que en pequeñas cantidades, no es una gran pérdida; más tratándose de grandes cantidades, yo creo que es más económico extraer en nuestro laboratorio el oro puro de la limadura de los puentes, coronas, dientes de oro, etc.

La separación de los metales, del oro, por medio del calor y de los agentes especiales refinadores, se denomina *método seco*, para distinguirlo del llamado *método húmedo*, el cual consiste en disolver el oro y los metales extraños en agua regia, para sacar después el oro en estado puro.

Método seco.

Con el *método seco*, la separación del oro de los otros metales se obtiene haciendo fibrar sobre ellos á alta temperatura el oxígeno, el cloro y el azufre, convirtiéndolos en óxido, cloruro y sulfuro.

Los agentes que comunmente se usan para refinar el oro, son: el nitrato de potasa (salitre) que á alta temperatura nos suministra el oxígeno; el cloruro de mercurio (sublimado corrosivo), el cual á temperatura elevada deja libre el cloro, y el sulfuro de antimonio, que da el azufre.

Hay otros compuestos que contienen el oxígeno, el cloro y el azufre, y que se usan también para refinar el oro por el método seco, pero yo prefiero los tres mencionados porque contie-

nen estos elementos más abundantemente, se descomponen más fácilmente con el calor y prácticamente son los que mejor ayudan á la separación de los metales del oro.

De todos los aparatos para fundir el oro, recomiendo el horno de Fletcher, en el cual se pueden fundir hasta 300 gramos de oro. Para pequeñas cantidades se pueden también usar los platillos de tierra refractaria y el soplete de gas, ó el crisol y el carbón, si á ello se está habituado.

Todos saben cómo se funden los pedazos de oro puro. Además del borax, un poco de salitre ayuda á obtener un botón de oro bien compacto y maleable. Yo siempre cuido de hacer hervir primero los pedazos ó las monedas de oro, fundir en el ácido sulfúrico mezclado con la mitad de agua y después en el ácido clorhídrico, también con el 50 por 100 de agua, para quitarle toda materia grasienta y demás substancias extrañas. Obtengo de este modo un oro maleable á la primera fusión.

Si, al pasar el botón ó lingote al laminador, el oro se agrietase y fuese muy frágil, es mejor cortarlo en pequeños pedazos, someterlo á una altísima temperatura en el horno ó un pequeño crisol, en el cual preventivamente se ha fundido borax, y añadiendo un poco de salitre cuando el metal está fundido. Si á pesar de ésto el oro continúa agrietándose en el laminador, se repite la operación.

Cuando hemos de operar con limadura y pedazos de oro, en los cuales estamos seguros de encontrar, además de las impurezas, también algunos metales extraños, y queramos usar el método seco, se comienza entonces por separar con un buen imán los pedacitos de hierro ó de acero, que generalmente se desprenden de la lima, y después se funde todo junto, poniendo la liga á temperatura muy alta, con objeto de oxidar los metales bajos: deseguida se añaden uno á uno los agentes refinadores antes mencionados. El primero que debe usarse es el borax ($Na^2 B^4 O^7 + 10 H^2 O$), después el nitrato de potasa ($K N O^3$), Esto último á alta temperatura deja libre los átomos de oxígeno que se cambian con los metales bajos, los cuales se transforman en óxidos y van al fondo. Al enfriarse el oro, es conveniente limpiarlo de los restos de borax, salitre y metales oxidados, inmergiéndolo todavía caliente en ácido sulfúrico al 50 por 100, después en ácido clorhídrico y deseguida se pasa á fundirlo nuevamente en un nuevo crisol ó platillo.

Si el botón ó lingote de oro así obtenido, resulta quebradizo al estirarlo, se repite la operación.

Si á pesar de ello el oro no es maleable, y no se sabe qué metales son los que contiene, el proceso se convierte en experimental. Es necesario usar los agentes refinadores, uno después de otro, hasta que el aspecto del oro sea tal que se comprenda que no tiene mezcla de otros metales. Los agentes especiales refinadores los empleo de esta manera.

Si sé que existe *estaño* ó *plomo*, añado cloruro de mercurio ($Hg\ Cl^2$) (sublimado corrosivo.) Así, ó formo cloruro de zinc ($Zn\ Cl^4$) ó cloruro de plomo ($Pb\ Cl^2$) los cuales, junto con el mercurio, se volatilizan con el calor, quedando libre el oro de esta impureza.

Si en la aleación existe *plata* y quiero separarla del oro, después de fundida la liga, agrego poco á poco sulfuro de antimonio ($Sb^2\ S^3$) en cantidad que tenga de dos á cuatro veces el peso de la liga. El calor descompone el sulfuro, el azufre se une con la plata y con los otros metales bajos, formando algunos sulfuros; mientras el antimonio se une con el otro, haciendo una liga del color de plomo. Terminada la efervescencia, espero que la masa se enfrie. El antimonio unido al oro, se encuentra en el fondo del crisol y apenas enfriado lo aparto de los sulfuros que están en la superficie. Ahora se trata de separar el antimonio del oro. Fundo la liga y hago pasar una corriente de aire por medio de un soplete; de este modo se forma el óxido de antimonio ($Sb^2\ O^3$) el cual se volatiliza. Continuo esta operación hasta que cesa la liberación del antimonio, que bajo la forma de vapor, se desprende de la liga.

Si después de todos estos procesos, el botón ó lingote de oro no es todavía maleable, y sí frágil y de color opaco, es de suponer entonces que contiene platino en buena cantidad, en cuyo caso el método seco no basta á refinar el oro y necesita tratarse la liga por el

Método húmedo.

Los principales disolventes que generalmente se usan en el *método húmedo* son: los ácidos nítrico, sulfúrico, nitro-muriático y clorhídrico.

Los métodos húmedos empleados son diversos: hablaré sólo del que he hallado más fácil, más sencillo y más conveniente

para el dentista práctico, porque me ha dado en todos los casos el oro verdaderamente puro.

Si se trata de un botón ó lingote de oro que he de refinar, peso el metal, lo paso al laminador dejándolo muy fino, ó bien lo granulo, fundiéndolo y vertiéndolo poco á poco en agua fria á la altura de un medio metro.

Si es una mezcla de limadura sucia, fragmentos de dientes de oro, de corona, de trabajos de puente, con restos y puntas de platino, de platinoide, liga dental, etc., (y en este caso es mejor extraer el oro directamente por el *método húmedo*, antes de probar por el *método seco*) comienzo por quitar con la pinza los trozos de yeso, cemento y cuerpos extraños, dejando limpias las puntas de platino.

De la mezcla separo la limadura y de esta el hierro por medio de un buen imán.

Los pedazos de oro grandes, tal como están, los paso al laminador dejándolos muy delgados; después los desmenuzo finísimamente con la tijera, los peso, y echándolos en una cápsula de porcelana los disuelvo con *agua regia*. La mejor proporción para obtener una buena *agua regia* es la de tres partes de ácido hidroclórico con una de ácido nítrico; estos dos ácidos es necesario que sean lo más puro posibles.

La ventaja de usar los ácidos en la proporción de 3 á 1 en vez de la de 2 á 1 como muchos autores consignan, es la de que cuando la solución del oro en el *agua regia* es completa, quedará sólo una pequeña cantidad de ácido nítrico que se elimina con la evaporación.

Yo he obtenido la mejor *agua regia* con los ácidos químicamente puros, mezclando cuatro partes de ácido hidroclórico con una de ácido nítrico.

La cantidad de *agua regia* que debe usarse es próximamente la de cuatro veces el peso del oro que se ha de disolver.

El *agua regia* así preparada, se agrega poco á poco el oro y con una varilla de cristal se mueve con cuidado hasta mezclar bien el todo. Cuando se ha echado toda el *agua regia* y se ve que no hay ninguna combinación química si todo el oro no se ha disuelto, entonces se pone la cápsula al baño de maría y allí se deja hasta que todo el metal esté completamente disuelto.

El baño de maría durante el primer período del proceso químico no sólo no es necesario, sino que está contraindicado.

porque la temperatura debe elevarse lo suficiente sólo por medio de la energía de la acción química, y si los ácidos se someten á mayor calor, la combinación química se efectuará violentamente, quedará libre una gran cantidad de cloro, sin que por esto se abrevie el tiempo, y teniéndose por consiguiente que emplear mayor cantidad de *agua regia*. Es además peligroso por que la ebullición fuerte y violenta echa fuera del recipiente una buena cantidad de solución.

Si la liga contiene mucha plata, la acción solvente del agua regia se retarda bastante por la formación de una capa de cloruro de plata, el cual adhiriéndose á la superficie de los trozos de metal impide el libre contacto con el ácido. En este caso es necesario mover mucho la mezcla durante la combinación química con una varilla de cristal, á la cual por medio del soplete se debe dar en una extremidad la forma plana y en la otra puntiaguda, lo que se consigue de este modo: se calienta el cristal gradualmente hasta ponerlo al rojo; cuando está pastoso se le da la forma deseada y después se deja que se enfríe, ahumándolo antes de que esté frío completamente para evitar que se rompa por el cambio brusco de temperatura.

Cuando el metal está del todo disuelto en el agua regia, el líquido toma el color de ámbar negro.

La coloración es mucho más obscura cuanto más concentrada es la solución y más rica en platino.

Disuelto todo el oro, dejo aún el recipiente en el baño de maría y hago que evapore casi hasta la sequedad, al objeto de que desaparezca toda huella de ácido nítrico.

Cuando la evaporación ha sido completa, agrego primero ácido clorhídrico y después una pequeña cantidad de agua destilada.

En este líquido, además de los cloruros de oro, de platino, etc., hay también el cloruro de plata, el cual se deposita en el fondo del recipiente bajo la forma de un precipitado blanco-amarillento. Yo prefiero separarlo completamente de los otros cloruros de esta manera: preparo un papel de filtro en un embudo de cristal, teniendo cuidado de poner en el fondo del embudo antes de meter el filtro un poco de algodón, á fin de que el filtro no se hunda; deseguida, después de haberlo bañado con un chorro fino de agua destilada para adaptarlo bien al embudo, vierto el contenido de la cápsula y así recojo todos los cloruros

obtenidos; lavo después la cápsula con agua destilada, la cual vierto también en el embudo para filtrarla. Todo lo que queda en el filtro es cloruro de plata; en lo filtrado, junto con otro cloruros, están los de oro y platino.

Lavo el cloruro de plata obtenido con agua destilada y lo filtro para despojarlo por completo de cloruro de oro. El filtrado lo agrego al obtenido primeramente y sigo filtrando hasta que obtengo agua clara. Lo que queda en el filtro no es sólo cloruro de plata; con él está mezclado el cloruro de plomo, el cual se puede separar del de plata lavándolo con agua hirviendo y filtrándolo. Lo que queda ahora en el filtro es cloruro de plata puro; quitado el cloruro de plomo que he obtenido filtrando en caliente del cloruro de plata que queda en el filtro. si merece la pena, extraigo la plata de la manera siguiente: pongo el papel de filtro y precipitado en un crisol de grafito, agrego y cubro con carbonato de sodio ó carbón vegetal finamente pulverizado y carbonato de potasa, le pongo á alta temperatura para convertir el cloruro de plata en plata metálica. que vierto en el canal previamente aceitado, y si quiero obtener la plata en forma granular la vierto desde cierta altura poco á poco en agua fría. La plata así obtenida es bastante buena para nuestro uso corriente.

Si es pequeña la cantidad de cloruro de plata, como ordinariamente sucede, no vale la pena de extraer la plata.

La solución que contiene el cloruro de oro y de platino juntos, está ya evaporada al baño de maría y reducida á una tercera parte: entonces se vierte en una copa de fondo cónico. Se trata ahora de precipitar el oro, mientras que los cloruros de los otros metales deben quedar en la solución. La precipitación se efectúa por medio de uno de los diferente agentes que se emplean para este objeto; más el que yo prefiero es una solución saturada de protosulfato de hierro, que preparo disolviendo el protosulfato de hierro cristalizado en agua destilada en caliente, y cuando está un poco fría la filtro.

La solución saturada de protosulfato de hierro se añade enseguida poquito á poco al cloruro que se enturbia de oro y un polvo moreno y espeso se precipita y queda en el fondo cónico del vaso, Espero que desaparezca el enturbiamiento y añado más protosulfato: una vez que el oro se ha precipitado y recogido en el fondo y la superficie se torna transparente, añado

protosulfato; deseguida paso á filtrarlo, y á esto ayuda mucho la parte puntiaguda de la varilla de cristal, para hacer caer el precipitado del fondo cónico del vaso en el filtro. Lo que queda en el filtro es oro puro en forma esponjosa; lo filtrado lo reduzco un poco al baño de maría, lo vuelvo á echar en el vaso cónico y agrego ahora la solución de sulfato de hierro. Si la solución de los cloruros no se enturbia más, estamos seguros de que entre los cloruros no queda más de oro.

Echo el oro precipitado junto con el filtro, en una cápsula de porcelana y lo dejo secar bien al baño de maría.

Mientras esta operación se efectúa, se puede extraer el platino de los cloruros filtrados de la siguiente manera: pongo el líquido en una cápsula al baño de maría y espero que se reduzca y muestre tendencia á cristalizarse. Agrego una cantidad igual á la masa de buen alcohol, y vierto el todo en un vaso de fondo cónico. Lavo la cápsula con una solución saturada de cloruro de amoniaco que echo también en el vaso, y continúo agregando cloruro de esta clase, mientras va precipitándose en el fondo del vaso un polvo amarillo vivo, que es del cloruro de platino y amoniaco. Filtro por separado esta substancia y la lavo con alcohol caliente. Lo pongo en la cápsula de porcelana y lo seco al baño de maría. Después lo recaliento con cuidado para expeler el cloro y el cloruro de amoniaco. Lo que queda es el platino metálico en estado esponjoso, el cual se pasa para fundir á la llama oxidrógena de un gabinete químico.

Entretanto el oro precipitado junto con el papel de filtro se ha secado al baño de maria. Lo lavo entonces con agua destilada, lo seco y después lo pongo á hervir en el ácido hidroclorídrico, para librarlo completamente del posible exceso de protosulfato de hierro.

El precipitado así obtenido lo seco de nuevo y lo fundo ayudado del borax y del salitre, y obtengo un lingote ó un botón de oro puro, que bato con el martillo para después pasarlo al laminador.

MÁS SOBRE FÍSTULAS DE LA BARBA

DE ORIGEN DENTARIO

En el número de Septiembre último tuvimos el gusto de ofrecer á nuestros lectores un trabajo original del Dr. Oscar Amoedo titulado: «Fístula de la barba de origen dentario», cuya comunicación fué presentada en la Sociedad Odontológica de Francia en la sesión celebrada el 22 de Junio del presente año.

Esta sesión fué muy interesante debido á que en el curso de ella se leyeron trabajos que corroboran las ideas presentadas en su trabajo por el Dr. Amoedo, y por esta razón creemos necesaria la publicación de lo ocurrido en ella.

Después de leído el trabajo del Dr Amoedo, se abrió la

Discusión.

El doctor Siffre da las gracias al doctor Amoedo por este trabajo tan completo y cita dos observaciones muy parecidas.

La primera fué comunicada el 18 de Octubre de 1898 á la Sociedad Odontológica y publicada en la revista de este mismo mes y año. (Pág. 436, observación 1.)

Una señorita atacada de vivos dolores en la región de la barba consultó á su médico, el cual, después de un exámen. abrió esta región con el bisturí en Febrero de 1897. La fístula, producida de este modo, persistió y, en Septiembre, la enferma entró en el hospital Laennec; se le hicieron algunas inyecciones de yodo y la supuración cesó momentáneamente. Habiendo comenzado de nuevo á salir el pus, esta señorita entra por segunda vez en Laennec; en esta ocasión y bajo los efectos del cloroformo, se le hizo un raspado del maxilar. La enferma salió del hospital el 9 de Noviembre; la fístula continuaba siempre.

El 10 del mismo mes vino á la Escuela Dentaria al servicio del señor Hivert, el cual estableció el verdadero diagnóstico. Después de un examen muy minucioso, se notó cierta movilidad y una pequeña diferencia de tinte, que decidieron al doctor Siffre á hacer la trepanación de los dos incisivos centrales inferiores y el pus, brotando por estas dos nuevas salidas, vino á confirmar su diagnóstico y el del señor Hivert.

El señor Carrel, entonces alumno de tercer año, ejecutó el tratamiento y la fístula se cerró inmediatamente.

La otra observación de que habla el doctor Siffre, ha sido

comunicada, en Junio de 1903, á la Sociedad de Estomatología, bajo el título: «Propagación inter-alveolar de los abscesos», y publicada en la *Revista de Estomatología* de Agosto del mismo año.—(Observación VIII.)

La enferma había tenido hacía bastantes años un absceso dentario que ocasionó el primer bicúspide y poco tiempo después esta extracción produjo la aparición de una fístula de la barba. Habiendo consultado la enferma á diferentes médicos, estos le aconsejaron una operación quirúrgica la cual fué siempre rehusada por la enferma.

En esta ocasión un alumno y amigo del doctor Siffre, el señor Papilland, le presentó la enferma. Un atento examen le hizo sospechar del canino, que se decide á trepanar. Encontró un canal infectado; el tratamiento al ácido sulfúrico condujo muy rápidamente á la desaparición de la fístula.

El doctor Siffre se excusa por la extensión que ha dado á estas observaciones, pero esto le era necesario para llamar la atención de que tanto en estos dos casos como en el del doctor Amoedo, los médicos consultados, algunos de ellos cirujanos de los hospitales, han hecho equivocados diagnósticos y por consecuencia, practicado intervenciones quirúrgicas inútiles.

Llama también la atención, sintiendo sinceramente estar obligado á ello, que de una manera general, los miembros del cuerpo médico ignoran completamente todo cuanto tiene relación con las afecciones dentarias y peri-dentarias y que no solamente lo ignoran sino que todavía parece quieren ignorar numerosos trabajos publicados por los dentistas sobre estas afecciones.

El señor Rodolphe no encuentra que el dentista que hizo la extracción del diente sea tan culpable como pretende el doctor Amoedo; es necesario pensar, dice, que este dentista, ha sido influenciado por las opiniones emitidas por el cirujano y el médico del enfermo. A su modo de ver, la mutilación no es tan grande, puesto que, en parecido caso no se puede afirmar una curación absoluta, conservando el diente.

El doctor Amoedo persiste, en que ha habido una mutilación de parte del dentista y una prueba de ignorancia de parte de los médicos y cirujanos: por último, añade, que se puede curar siempre una fístula dentaria. Aun en los casos más rebeldes, cuando existe el tártaro seroso en la punta de la raiz,

se obtiene un buen resultado después de la resección de esta punta.

El señor Ducournau hace recordar un caso tratado por él en 1889 que publicó en la *Revista Odontológica* de Octubre de 1901.

Se trata de un enfermo, el señor N., de 35 años de edad, de constitución robusta, sin antecedentes patológicos, atacado de una supuración persistente en la línea media de la barba, es decir, de un trayecto fistuloso.

Después de un largo tratamiento de este trayecto, sin resultado naturalmente, por acabar, un cirujano de los hospitales, desbridó, raspó y cauterizó las paredes del maxilar y naturalmente, de este modo, cinco ó seis semanas después de esta intervención, una ligera hinchazón sobrevino á nivel de la cicatriz y la fístula volvió a abrirse con desagüe de pus.

El señor Ducournau, á quien al enfermo fué llevado, estuvo incierto si uno ó algunos incisivos serían la causa del mal. Y su incertidumbre provenía de que este hombre hacía cinco ó seis años, de resulta de una caída sobre el hielo, creyó haberse roto todos los dientes.

El Sr. Ducournau dió ligeros golpes con un excavador sobre cada uno de los incisivos y el enfermo percibió una sensación diferente en el incisivo medio izquierdo. De este hecho, el diagnóstico fué bien fijado; sin embargo, para mayor seguridad, el Sr. Ducournau examinó el diente con la lámpara eléctrica y su opacidad relativa á la transparencia de los dientes vecinos vino á confirmarlo. Este diente tenía seguramente su pulpa dentaria mortificada.

Inmediatamente trepanó el diente por su cara lingual, y de la abertura del canal pulpar se desprendió un olor pestilente con una gotita de pus. No había entonces más que hacerle sufrir el tratamiento de las caries de cuarto grado, esto es lo que se practicó con pleno éxito.

Pero todas estas observaciones son letra muerta, ó más bien desconocidas de nuestros grandes maestros en cirugía. Si confirman una fístula en la región de los maxilares, evidentemente empiezan por inspeccionar la boca. Este es su primer deber. Observan un diente de caries diversa, causa de la fístula y le arrancan sin piedad, como en antiguas épocas, sin preocuparse, ó más bien, sin tener presente los progresos realizados en el arte de tratar los canales radiculares.

Si hacen, por el contrario, caso omiso del diente cariado producen más daño; cortan las paredes de la fístula, atacan el hueso maxilar puesto al desnudo; lo mondan, lo limpian, lo raspan, lo cauterizan y con grande estupefacción ven ¡que la fístula reaparece al cabo de poco tiempo!

Y nosotros no osamos esperar que lleguen á su conocimiento estos hechos. Desprecian demasiado á los dentistas y á sus revistas.—*El Secretario anual*, Dr. P. Fontanel.

OBTURACIONES DE PORCELANA (1)

NUEVO MÉTODO DE OBTURACIONES CENTRALES Y NO CENTRALES POR MEDIO DE BLOQUES DE PORCELANA DE FORMA CÓNICA

por ALFREDO GUTTMANN (Potsdam).

(Continuación).

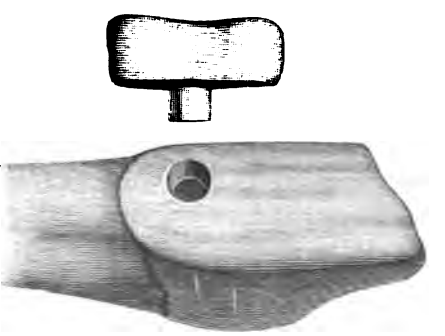
El primero de que nos ocuparemos es el

Método de How.—La cavidad se prepara en forma circular del mismo modo que queda descripto en el método Dall; se elige un diente artificial que armonice bien el color con el que se trata de obturar. El diente artificial se talla hasta que corresponda aproximadamente en tamaño con la abertura circular de la cavidad. (Fig. 13.)

Esta pieza se separa del diente artificial cortándolo con una rueda de diamante. Se fija con goma laca en un mandril ó sostenedor, de los cuales hay varios tamaños. (Fig. 14).

Para este fin, sin embargo, pueden servir como ya se dijo al hablar de las incrustaciones Dall, las fresas viejas de forma de rueda de varios tamaños.

Fig. 13

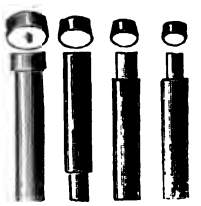


Cavidad circular en un diente natural, y la incrustación correspondiente formada en un diente artificial y listo para cortar.

El mandril con la pieza de porcelana pegada, se coloca en la pieza de mano del torno operativo y se hace circular sobre una lima de carborondum (fig. 15) hasta que se la

hace completamente redonda. A este fin el calibrador Dall (figura 9) es de gran utilidad. La incrustación de porcelana se inserta en el agujero correspondiente del calibre, el cual se sostiene contra la luz. Ni el más ligero rayo de luz deberá pasar alrededor de la incrustación si esta es perfectamente redonda y bien ajustada. El calibre necesario, en el procedimiento How como en el de Dall, se halla indicado por el de la última fresa usada y su correspondiente agujero en el calibrador.

Eig. 14



Mandriles para incrustaciones.

Fig. 15

Sostenedor con la incrustación montada en él y fijada en un porta puntas; demuestra como la incrustación se hace rodar sobre la lima de carborondum.

En lugar de tallar un diente hasta que toma la forma casi circular, y después pegarlo en un mandril para su posterior manipulación, podemos proceder de la siguiente manera: Podemos cortar un diente artificial que iguale en color con el natural, con unos alicates y estos trozos pegarlos en los mandriles y proceder como queda dicho.

La pieza de porcelana debe mantenerse siempre mojada mientras se talle en el mandril, porque sino se recalienta, la goma laca se reblandece y la incrustación se desprende del mandril

Como este trabajo de dar forma á las incrustaciones por el método de How, no es tan rápido como la simple elección de un bloque en el surtido, por el procedimiento Dall, es conveniente después de obtener el color del diente, preparar la cavidad y obturarla provisionalmente dando cita al paciente para el siguiente día. Durante este intervalo se preparan una ó varias incrustaciones sirviéndose como guía del calibrador.

Los surcos ó rebajos de las incrustaciones Dall, pueden fácilmente hacerse en este otro sistema con una rueda de diamante.

Todos aquellos que emplean frecuentemente estas incrusta-

ciones en su práctica, apreciarán bien pronto la gran ventaja de tener siempre á mano en todo tiempo un buen surtido de incrustaciones ya listas y terminadas, aprovechando todo rato libre ya personalmente ó un ayudante en dar forma de incrustaciones á todos los dientes rotos y trozos de los mismos, y en general á todos aquellos dientes artificiales que no tengan utilidad en el taller siguiendo el procedimiento que acabamos de describir, coleccionando así un surtido que puede distribuirse en cajas según sus tamaños.

Los molares diatóricos son más adecuados para hacer incrustaciones que los dientes con pernos. Rompiendo un molar diatórico de tamaño grande, obtenemos un número de trozos grandes y pequeños de que pueden hacerse incrustaciones, por consiguiente, la ausencia de los pernos es una ventaja mayor que si nos encontráramos con ellos.

Fig. 16.

Rueda de corundum montada en el torno de taller y la incrustación en la pieza de mano del torno operativo girando en sentido opuesto.

El segundo método es el

Método de Sachs.—El método de Sachs se diferencia del de How en que mientras How forma las piezas de porcelana con la ayuda del torno operativo sobre una lima de carborondum, Sachs sostiene las piezas pegadas á sus mandriles y en el torno operativo contra la rueda del torno de taller de tal modo, que mientras la incrustación da las vueltas hacia la izquierda, el torno de taller las da en sentido contrario. (Fig. 16.)

De este modo, el trabajo de talla es mucho más rápido que en el método de How. Por otra parte, el método de Sachs requiere considerablemente mayor suma de destreza y atención que el método de How, por razón que en la preparación de las incrustaciones por el método How es sólo necesaria una persona, mientras que en el procedimiento de Sachs dos personas se requieren, si no se pudiese utilizar la electricidad ó el vapor como motor del torno del laboratorio. No todos los operadores pueden mover con un pie el pedal del torno operativo, mientras con el otro al mismo tiempo se hace funcionar el torno de taller. Esto, sin embargo, es cuestión de práctica. Yo he tenido

varios ayudantes que al pronto lo juzgaron imposible, pero con el tiempo llegaron á hacerlo muy bien.

En la formación de las incrustaciones de porcelana, ya sea por el procedimiento *How* ó *Sachs*, es preciso tener gran cuidado de evitar toda sacudida en la máquina ó en el sostenedor ó mandril en que la incrustación está pegada, si se quiere evitar que, á pesar de todo trabajo y atención, la incrustación resulte imperfectamente circular.

Debe también procurarse que la pieza de mano sea sostenida en debida posición ó relación con la lima ó la rueda de carborondum, pues si ha de ser la incrustación cilíndrica, la porcelana deberá hallarse en ángulo recto con la rueda ó lima; si se encuentra en ángulo obtuso, la incrustación será cónica.

Las piezas de porcelana, así como las ruedas ó limas de carborondum, deben mantenerse siempre bien mojadas, porque no sólo evita esto que la porcelana se desprenda del sostenedor por el reblandecimiento de la goma laca, sino que también reduce á un mínimun las probabilidades de astillado de los bordes de la porcelana, como sucedería con el uso de las ruedas secas.

Si deseamos obtener aún más exacta unión entre la porcelana y el diente, Sachs recomienda impregnar la incrustación de porcelana con polvo muy fino de corindon; después de tenerla ya casi bien ajustada y hacerla dar vueltas dentro de la cavidad ya preparada, durante unos segundos, por medio del torno operativo.

Ni el procedimiento How ni el Sachs son tan sencillos como el Dall, pero ambos son más seguros, y una vez prácticos en ellos, nunca nos encontraremos en la alternativa de hallarnos sin la incrustación que necesitamos.

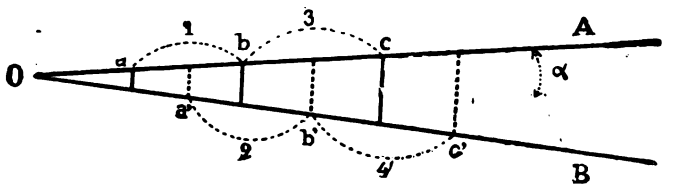
Método del Dr. Pierre Robin.—Un colega parisién ha publicado últimamente una obra sobre: «El empleo de los rollos cónicos de porcelana en la construcción de las incrustaciones de porcelana». Es la única obra que sobre esta materia se ha publicado desde hace algunos años y que representa el posterior desenvolvimiento de las incrustaciones de porcelana.

Para la práctica de este método, Robin ha construído un juego de once fresas de forma cónica para la pieza de mano recta y para el ángulo, marcados con los números 1 al 11. Forman un cono si las imaginamos unidas por sus bases de modo que la base menor de una se halle en contacto con la base ma-

yor de la otra, y así sucesivamente desde la más pequeña hasta la más grande.

En correspondencia con el cono que formarían las fresas

Fig. 17

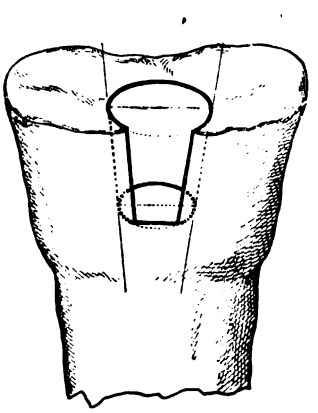


La curva *a-b* presenta el tamaño de la fresa núm. 1; *a'-b'* el de la núm. 2; *b-c* el de la núm. 3; *b'-c'* el de la núm. 4 y así sucesivamente.

así colocadas, son los conos de porcelana de los cuales se hacen las incrustaciones, de modo que cada fresa corresponde á una determinada parte de los rollos cónicos de porcelana. (Fig. 17).

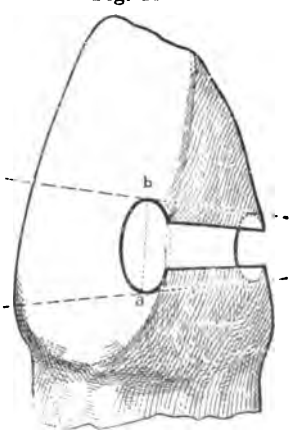
Robin explana su método con la ayuda de grabados. Nos

Fig. 18



Vista aumentada de un bicúspide con la cavidad cariada próxima al cuello.

Fig. 19



Diente presentando una cavidad preparada y abierta por la cara labial.

presenta primero un bicúspide con una cavidad cariada casi hasta el cuello del diente. (Fig. 18).

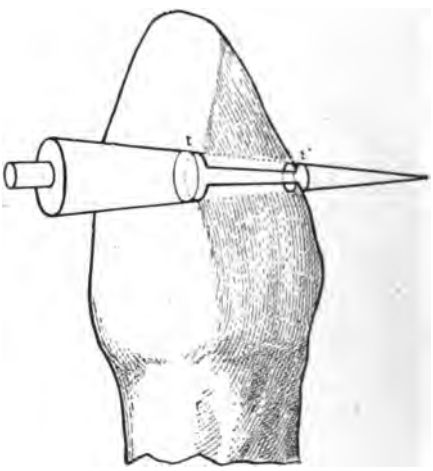
El autor abre la cavidad desde la cara más conveniente, ya sea bucal, coronaria ó lingual; levanta toda la parte enferma y prepara la cavidad con las fresas cónicas.

En la fig. 18, la cavidad ha sido abierta desde la cara triturante; empleando fresas cónicas, la cavidad afecta forma có-

nica y se abre en dos caras, á saber: en la cara contigua ó aproximal y la cara triturante.

Cuando se trata de obturar cavidades en las caras interdentales ó aproximales por el procedimiento de Robin, los incisivos pueden solamente abrirse por su cara labial ó lingual, obteniendo acceso por medio de las fresas de fisuras, limpiando después la cavidad y dándole la forma cónica por medio de las fresas cónicas. En la fig. 19, Robin supone que la cavidad ha sido abierta desde el lado labial. A fin de no tener paredes frágiles, la cara lingual ha sido también perforada obteniendo una cavidad de forma cónica, abierta por tres lados, á saber: lingual, labial y contigua.

Fig. 20



Cavidad de forma cónica con el rollo de porcelana *in situ* y mostrando en él el lugar por donde debe cortarse.

Cuando la cavidad se halla completamente formada se procede á su obturación.

Cuando se trata de una cavidad como en la figura 20, generalmente perforada de un lado, Robin coloca en ella previamente preparada en forma cónica, un rollo de porcelana de igual forma que armonice en color y marca en él con un lapiz al frente y por detrás el lugar en que debe cortarse; lo saca de la cavidad y lo corta con un disco de diamante por su extremo ó punta más delgada; en su extremo ó lado más grueso solamente marca varios surcos profundos y lo quiebra ó divide cuando ya está definitivamente ajustado. De este modo la manipulación durante el trabajo de ajuste y cementado es grandemente facilitado.

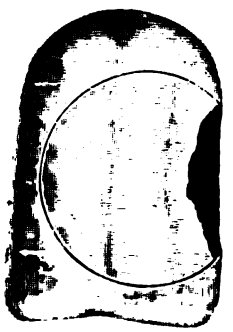
En el caso de una cavidad como la ilustrada en la fig. 18, en que la cavidad no perfora ó atraviesa de lado á lado, no es tan fácilmente visible el ajuste como en una que fuese enteramente perforada ni es posible atravesar por ella el cono para su ajuste, como podemos hacer cuando carece de pared posterior ó fondo y marcar donde debe cortarse el cono de porcelana.

Aquí hemos de proceder de distinto modo. A fin de determinar el calibre que el cono ha de tener en su parte más delgada, es decir, en su extremo inferior, mediremos en el calibrador el grosor de la fresa últimamente empleada en su parte más delgada. Este grosor se toma como medida para recortar con un disco de diamante el cono de porcelana en correspondencia con la fresa usada.

Las restantes operaciones en la obturación de este caso son iguales que para las cavidades perforantes de lado á lado.

Después que la cavidad y el cono de porcelana han sido provistos respectivamente de sus correspondientes surcos, se cementa la incrustación con cemento muy líquido. El sobrante del bloque de porcelana se recorta y talla cuando el cemento está completamente seco y duro, usando para el caso puntas y discos de diamante y otras ruedas adecuadas. Es preferible esta operación al día siguiente.

Fig. 21.



Diente que representa por el círculo en él trazado, cuanta parte de él sería sacrificada para obturarlo por el procedimiento Robin.

Con este método, dice Robin en su memoria en *Correspondenzblatt für Zahnarzte*, de Enero, 1902, podemos obtener, no sólo todos los resultados alcanzados por Dall, sino también el caso de toda cavidad intersticial.

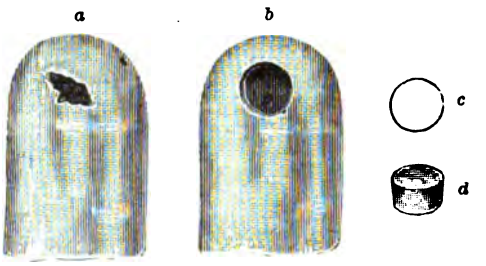
En este último aserto, sin embargo, Robin va demasiado lejos. La simple inspección de la fig. 21, demostrará á cualquiera que no todas las cavidades laterales pueden ser obturadas por el método Robin. Aun cuando, como puede verse en el dibujo, la parte cariada del diente no es considerable, la obturación por el procedimiento de Robin exige el sacrificio imposible de toda la parte del diente circunscripta por el círculo que en él puede apreciarse. Mi opinión, contraria al método Robin, es que sólo una minoría de las cavidades intersticiales puede ser obturada por su cara interna.

El método Robin se acerca aproximadamente al mío propio. Yo denomino estas cavidades, *cavidades casi centrales*, y mis últimas disquisiciones muestran que sólo son apropiadas para esta clase de obturaciones aquellas cavidades en que el

Las caries que se extienden demasiado longitudinalmente en el borde del diente (casos, sin embargo, bastante frecuentes) no son adecuados para el procedimiento Robin á causa de la forma circular que es necesario dar á la cavidad, y que de ser empleado su procedimiento, la cavidad requerida habría de ser casi tan grande como el diente mismo.

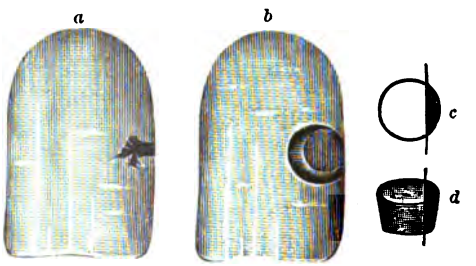
Yo he empleado todos estos métodos durante varios años y he podido apreciar en la práctica sus respectivas ventajas é inconvenientes.

Fig. 22.



a. porción cariada. *b.* cavidad preparada. *c. d.* bloques centrales de porcelana tallada.

Fig. 23.

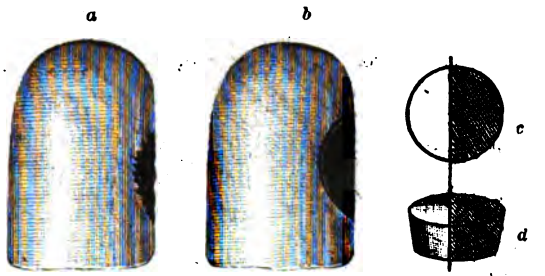


a. porción cariada. *b.* cavidad preparada. *c. d.* bloque casi-central de porcelana tallada.

Así como todo práctico que durante varios años emplea un método determinado y que en el transcurso del tiempo acaba por hacer un método propio usando de especiales instrumentos á su objeto adecuados; yo con el transcurso de los años he combinado mi propio sistema que en su ejecución presenta parciales modificaciones de los antiguos y nuevos sistemas. Tal es el sistema que presento á la atención de mis colegas bajo la denominación de

Obturaciones de porcelana en bloques cónicos recortados. Consideraciones generales.—Las incrustaciones de porcelana tallada ó recortada se distinguen de las de porcelana fundida en que en aquellas no es necesario molde especial para su construcción

Fig. 24.



a, porción cariada; *b*, cavidad preparada; *c*, *d*, bloque no central de porcelana tallada.

Fig. 25.

ni horno para la fusión del material; la fresa últimamente empleada sirve como único modelo y la forma, cuando no ha correspondido exactamente en los rollos de porcelana á la forma de la fresa, se obtiene tallando el exceso después que la incrustación se ha cementado *in situ*.

Las obturaciones en porcelana con bloques cónicos tienen de

común con las obturaciones con bloques de porcelana ordinarios que no necesitan ser fundidos por el dentista para obtener la forma requerida; pero se distinguen sustancialmente unos de otros.

1.° En el mayor número de casos en que pueden ser empleados los bloques cónicos en las cavidades centrales, y

2.° En que son susceptibles de obturar no sólo las cavidades centrales, sino también las no centrales que se presentan con más frecuencia, lo cual no puede ejecutarse con los bloques ordinarios.

A fin de obtener una idea bien clara de la construcción de las obturaciones de porcelana tallada presentamos los tres siguientes ejemplos:

1.° Obturación *central.* Es aquella cuyos bordes describen un círculo (fig. 22.)

2.° Obturación *casi central.* Aquella cuyos bordes describen un círculo *casi completo*, pero siempre mayor que un semicírculo (fig. 23.)

3.° Obturación *no central* ó *excéntrica.* Aquella cuyos bordes describen un arco menor que un semicírculo (fig. 24.)

Estas tres clases se describirán por separado, pues en la construcción de los bloques y preparación de la cavidad son completamente diferentes.

El juego de instrumentos.—Para la construcción de los bloques de porcelana recortada ó tallada, he ideado un juego de instrumentos contruídos por la casa «C. Ash and Sons» (fig. 25)

Consiste en

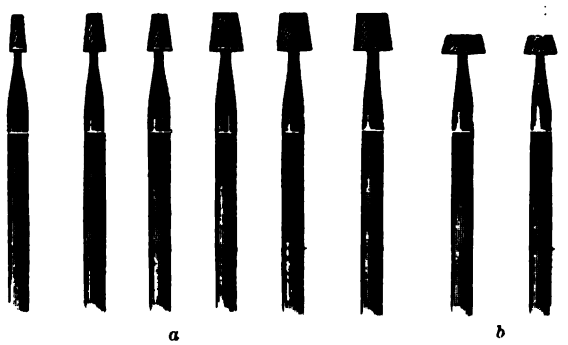
1 juego de fresas cónicas.
1 calibrador.
1 disco de diamante.
3 trépanos de diamante.
3 ruedas Arkansas.
12 rollos cónicos de porcelana.
12 cajas de celuloide.

Las fresas construídas en forma de cono, son de corte fino, semejantes á las fresas de acabar, y aumentan muy gradualmente en tamaño, en tal forma que la base mas pequeña de la fresa más grande se continúa y corresponde con la base más grande de la fresa inmediata inferior en tamaño. Las fresas (figura 26 *a)* construídas de acuerdo con mis instrucciones se

distinguen de las fresas sistema *Dall,* (fig. 26 *b)* en que las cabezas son considerablemente más largas en aquellas que en estas. Esta diferencia es de gran valor en las cavidades profundas porque las cabezas largas permiten fresar en su total profundidad la cavidad sin riesgo de tener que mover de dentro á fuera ó viceversa y sin temor de las oscilaciones de la fresa cuando son de poca altura en las cabezas. Cuando se usan fresas de esta última naturaleza en cavidades profundas la *forma absolutamente circular* de la cavidad puede fallar á causa de la desviación de la fresa.

Las fresas deben siempre ser de mucho filo y gran temple, pues deben siempre usarse sin ejercer con ellas fuerza alguna

Fig. 26



Fresas para incrustaciones; *a*, sistema Guttmann; *b*, sistema Dall.

por razón de que no cortan como las fresas ordinarias con solo una parte de su forma, sino que lo hacen con toda su superficie, incluso el ápice ó base menor; la superficie de fricción es por consiguiente extraordinariamente grande. Es prudente, aún con fresas de mucho filo, interrumpir el trabajo á intervalos cortos, porque, debido á la gran área de fricción el calor producido podría causar al paciente dolor innecesario.

La fig. 27 representa el calibrador. Contiene tantos orificios como fresas hay en el juego de instrumentos. Para cada fresa hay un orificio correspondiendo exactamente á su diámetro. A fin de evitar errores, cada orificio tiene una letra ó número. De este modo podemos determinar el tamaño de cada fresa por un número ó letra. Esto es particularmente importante cuando no tenemos en la colección una incrustación de determinado color ó forma, y por consiguiente tenemos que ha-

cerla. De esta manera por la indicación del número ó letra sabemos qué dimensión debemos darle.

Los discos de diamante.—Estos discos no deben ser demasiado grandes y deben impregnarse con polvos de diamante especialmente en su borde cortante, puesto que son principalmente usados para cortar los rollos de porcelana y hacer entalladuras en las incrustaciones. Es preferible comprar ya hechos estos discos, para estar bien seguro de que están perfectamente centrados en su vástago ó tallo. Una buena sacudida en una rueda de diamante la deja completamente inútil para el trabajo de incrustaciones, pues á veces, en incrustaciones que miden sólo 1 á 1[2 milímetros es necesario llevar el borde del disco en contacto con ella, en el sitio requerido con absoluta precisión.

Fig. 27.

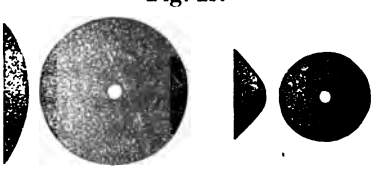
Calibrador de incrustaciones Dall.

2Fig. 8.

Discos pequeños de diamante.

Para recortar el exceso ó sobrante de una incrustación ya cementada en la cavidad empleamos un disco grande en lugar de los pequeños que representa la fig. 28 á fin de que al trabajar en cavidades aproximales é interstiticiales puedan alcanzar hasta las proximidades de la encía; á este fin tales discos no deben estar cargados de diamante en su borde cortante sino solo en las caras ó lados.

Fig. 29.



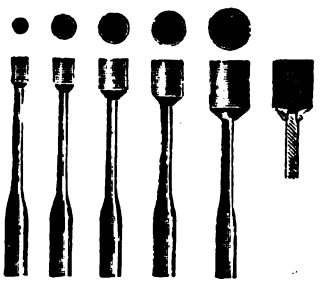
Discos de diamante forma lenticular.

A fin de obtener claros y limpios contornos en las obturaciones de porcelana recomendamos el empleo de discos de dia-

Para conservar en buen estado de trabajo por tiempo indefinido, los discos de diamante deben usarse siempre muy humedecidos y sin emplear fuerza alguna.

Trépanos de diamante.—(Fig. 30.) Son pequeños instrumentos consistentes en un casquillo de cobre impregnado en su borde cortante con polvo de diamante, así como también sus caras interna y externa, permiten obtener pequeños bloques aproximadamente y no matemáticamente redondos, de dientes artificiales de porcelana. Es una gran economía de tiempo en comparación con el procedimiento de desgastar sucesivamente todos los bordes y ángulos de un trozo de porcelana hasta darla la forma redonda.

Fig. 30.



Trépanos de diamante.

Al emplear estos trépanos debe elegirse un tamaño mayor del que ha de tener la incrustación, pues sufre considerable merma interior y exteriormente al trépano.

Fig. 31.

b. Inútiles. *b.* Útiles.

Puntas de piedra de Arkansas.

Además es cosa fácil, si resulta la incrustación algo más grande de lo necesario, pegarla con laca en el sostenedor y desgastarla un poco, mientras que si el bloque de porcelana se hubiera recortado demasiado pequeño quedaría inservible para el caso particular para el cual se destinaba.

Los trépanos prestan especialmente buenos servicios cuando se trata de incrustaciones cuyo color no es en toda ella igual. Por ejemplo: tenemos una amplia cavidad próxima al cuello

en un canino en que el color es pronunciadamente amarillo y va disminuyendo de color conforme se aleja del cuello, haciéndose muy claro al llegar al borde cortante de dicho canino. Entonces, si deseamos imitar esta gradación de color, elegimos un diente artificial de color correspondiente y recortamos aquella parte que nos conviene con el trépano.

Las piedras de Arkansas.—Se usan para suavizar las desigualdades y rugosidades de las incrustaciones de porcelana una vez cementadas y después que en su gran parte han sido terminadas con ruedas más fuertes.

No se emplean estas piedras para el uso á que generalmente están destinadas, á saber: para suavizar y nivelar los bordes

Fig. 32.

Forceps cortante.

de las cavidades, porque preparando nosotros de antemano las cavidades con fresas cónicas de corte fino, el trabajo de suavizado y nivelado conveniente cuando se usan fresas de corte fuerte no es aquí necesario.

De aquí que no sólo es su uso supérfluo, sino contra-indicado porque en las obturaciones de porcelana se requiere una forma especial de los bordes de la cavidad, ó sea la forma circular, y esta forma podría ser alterada si suavizáramos ó niveláramos por medio de Arkansas ó cualquier otra clase de ruedas ó puntas.

De acuerdo con este su especial uso no podemos utilizar las formas generalmente empleadas, tales como esferas, pequeñas peras, etc., sino que nos vemos obligados á elegir para nuestros fines piedras de formas cilíndricas y de rueda. (Véase figura 31, *a b.)*

Estas formas de ruedas son también preferibles para las demás clases, como *gemma*, carborondum, etc., que se usan or-

dinariamente para desgastar el sobrante, porque usando formas terminadas en punta fácilmente se producirían rincones y desigualdades en la superficie de las incrustaciones. Tales formas deben únicamente emplearse cuando se desea obtener rugosidades, fisuras, etc., como en las superficies triturantes de los bicúspides y los molares, en los que se hubiera insertado una incrustación de porcelana.

Además de los anteriores instrumentos y útiles, debemos añadir como absolutamente indispensable un par de forceps cortantes y un humedecedor para las ruedas.

Fig. 33.

Sostenedor de fieltro.

El forceps cortante.—(Fig. 32). Se usa para cortar porciones de dientes de porcelana de las que hemos de hacer incrustaciones redondas y también para separar los bloques marcados en los rollos cónicos de porcelana con las ruedas de diamante.

A fin de evitar el desflecado ó desportillado de los bordes de la porcelana, marcaremos todo alrededor con una rueda de diamante un surco no muy superficial cuidando al propio tiempo que el forceps tenga las bocas terminadas en corte fino. Yo empleo para este uso el forceps descripto como forceps cortante para hueso en el catálogo de C. Ash and Sons.

El sostenedor para fieltro.—(Fig. 33). Es un pequeño aparato el cual por medio de un manguito se fija á la pieza de mano del torno operativo. Un pequeño resorte unido á él sostiene una tableta de fieltro humedecido, la que en contacto con las ruedas las mantiene convenientemente mojadas. Como el fieltro, á diferencia de la esponja, sólo toma una cantidad de agua determinada, evita el constante chorrear de la esponja cargada con excesiva cantidad de agua, tan enojoso, tanto al paciente como al operador.

He construído este pequeño sostenedor obviando á la falta de un humedecedor práctico para las ruedas y discos.

Es de excepcional valor en el trabajo de obturaciones de porcelana cuya construcción es un constante trabajo de tallar y

Este sostenedor de fieltro ofrece importantes ventajas sobre los otros aparatos que se usan para este objeto; como ya se ha dicho impide el chorreo del agua y es posible cambiar el fieltro para cada nuevo caso.

Es especialmente útil cuando se emplean los discos de diamante. La tableta de fieltro se hiende ó corta en unos tres cuartos de su longitud y el disco se pasa á través de esta hendidura; así los lados como el borde cortante están bien humedecidos y al mismo tiempo el fieltro protege la lengua, labio y carrillo del correspondiente lado.

Los rollos cónicos de porcelana.—Los rollos de porcelana, hasta ahora empleados, como ya se ha dicho al hablar del procedimiento Dall, han sido de las más variadas formas. En las obturaciones de porcelana talladas yo solamente uso los rollos redondos terminados en punta (cónicos).

El tallado de trozos de porcelana tomados de dientes artificiales, especialmente molares diatóricos, es ciertamente posible, pero á menudo con una gran pérdida de tiempo y sólo con la mayor exactitud y práctica puédense producir incrustaciones circulares que en un exacto ángulo, sean cónicas, tan seguras y exactas como las hechas de los rollos de porcelana. Yo, por consiguiente, recomiendo el uso exclusivo de los rollos de porcelana en la construcción de incrustaciones de porcelana tallada.

Entre los primitivos rollos de porcelana había algunos de forma cónica, pero no eran torneados, sino fundidos y rústicamente esmaltados.

Los actuales rollos de porcelana que yo empleo y recomiendo son torneados y exactamente contrastados, y por lo tanto ofrecen indudables ventajas.

Primeramente, estamos completamente ciertos de que poseemos rollos de forma matemáticamente cilíndrica, lo cual no sucedía con los rollos fundidos y esmaltados, pues su forma se perjudica durante la cocción.

Además, los bordes torneados, mates ó deslustrados, se unen mejor al cemento que las superficies suaves ó esmaltadas.

Estas son dos ventajas tan importantes y la construcción de las obturaciones de porcelana tallada por el empleo de estos rollos torneados se encuentra tan notablemente simplificada y mejorada, que yo los uso y recomiendo exclusivamente como material en las obturaciones de porcelana.

La manipulación de este material es increiblemente fácil. Puede ser tallado y cortado sin requerir pulimento. La razón de esto está en su hermosa y compacta estructura que por sí misma produce obturaciones de aspecto extraordinariamente bello. En mi opinión, no hay otro material conocido que cumpla tales resultados.

(Se continuará).

CONFERENCIAS CIENTÍFICAS

Estudio sobre anestésicos locales en Odontología. (1)

por D. TIRSO PÉREZ

(Continuación.)

Cocaína.—Debido á lo mucho que se ha escrito sobre este alcaloide, me limito á manifestar que el dentista práctico y experimentador que usa un producto y otro con el fin de encontrar el que está en la mente de todos, vuelve sus ojos otra vez á la cocaína por ser el efectivo verdad que produce la abolición del dolor cuando se aplica; tanto se ha estudiado esta substancia, que entre las diversas cualidades que posee conviene fijar la atención que aplicada á grandes dosis es vaso-dilatadora y á pequeñas vaso-constrictora.

Desgraciadamente la química no ha podido hacerla inofensiva, y todos los preparados á base de la misma no llevan otro fin que el apuntado, pero como este producto al transformarse pierde en cuanto á una propiedad lo que gana en otra, y como lo que pierde según experimentos hechos es su acción anestésica no ha prevalecido aún ninguna sustitución á pesar de no ser tóxicas.

La cocaína produce su efecto analgésico sobre las ramas nerviosas donde se aplica; además se extiende más profundamente que ningún anestésico, favorece esta acción su propiedad isquemiante, no produce edemas ni trastornos locales, pues no es irritante; en cambio, aunque sea á pequeñas dosis, todos sabemos que en algunos sujetos su aplicación es peligrosa por su acción vaso-constrictora obrando sobre el cerebro y corazón, algunas veces de una manera alarmante.

(1) Véase nuestro número de Octubre.

La mejor prueba de su valor y efectividad anestésica la tenemos en que á pesar de su ancianidad, comparada con otros similares, pues fué descubierta en 1860 y ensayada la primera vez en Viena por Mr. Collen en 1884, aún hoy se usa con profusión, no habiendo tenido la vida efímera que todas sus competidoras preparaciones químicas.

El entusiasmo por este producto hizo suponer en su época de furor que producía efectos anestésicos locales solamente con mojar las bocas del forceps en una solución al 5 por 100. Como de acción local jamás hubo preparado de tan brillante y larga historia; es el anestésico típico de la mayoría de los dentistas.

Como esta memoria sólo se limita á los efectos anestésicos en la región bucal, no menciono algunas de las conclusiones de eminentes prácticos como el Dr. Rirchhofer Sorá, 1902, en las que afirmaba que este alcaloide generalizado en su aplicación á grandes operaciones sustituía con ventaja, al cloroformo. (La cocaína en cirugía).

El Dr. Dastre dice que ejerce este alcaloide una acción directa sobre los glóbulos blancos haciéndolos rígidos, por eso las muertes producidas por este agente—y conste que nosotros aunque lo hemos usado más y abundantemente que los médicos, tenemos en nuestro balance menos víctimas,—han demostrado en las autopsias una especie de embolia que dificultaba la circulación de la sangre.

También tiene la propiedad de excitar los órganos genitales, por lo mismo hay quien aconseja no deben usarse más que soluciones débiles en las embarazadas.

Los Dres. Pensoldt y Stinzing en su «Enciclopedia de Terapéutica» manifiestan algunas causas que pueden producirse á consecuencia de la inyección de la cocaína, y según las formas de menor gravedad á mayor, los siguientes síntomas de intoxicación que conviene divulguemos.

1.° *Colapso* caracterizado por la palidez del rostro, respiración irregular y otros síntomas pasajeros.

2.° *Embriaguez cocaínica*, que se manifiesta por una alegría chocante acompañada de gran locuacidad, algunas veces delirio y ataques agudos de frenesí.

3.° *Convulsiones;* de carácter epileptiforme é histéricas en algunos casos como las tetánicas.

4.° *Sopor* y *coma*; gravísimos sintomas por intoxicación debida á gran cantidad absorbida del veneno.

Los tres primeros se complican entre sí sobre todo en los temperamentos nerviosos; la actitud vertical del paciente influye mucho en la aparición de síntomas alarmantes. Siempre que apliquemos la cocaína debemos poner en el sillón al paciente lo más horizontal posible, pero es menester repetir que la mayoría de los accidentes son producidos por exceso de dosis.

En los numerosos casos operados por el que tiene el honor de dirigiros la palabra, y conste que la vengo usando alternando con otros anestésicos desde el año 1888, nunca he tenido que lamentar ningún accidente desagradable, esto lo atribuyo á no haber pasado de la dosis de tres centigramos; hay quien supone que con esta cantidad puede haber motivo para intoxicación, pero yo afirmo que si la hay será con síntomas muy pasajeros. Tengo que advertir que he tenido buen cuidado de no usar este alcaloide en los niños, de conformidad con Reclús, ni personas que me han parecido predispuestas á sufrir la acción refleja del producto; por esto, aunque voy buscando el ideal, nunca abandono la que ya he dado en llamar *mi predilecta;* los demás anestésicos que voy usando por épocas son para los casos en los cuales considero perjudicial la cocaína conforme he dicho antes, y ver al mismo tiempo si encuentro el efectivo inocuo. La mayoría de los autores que han tratado sobre este asunto, concuerdan en que la posición horizontal en el sillón evita muchas veces el que se presenten síntomas alarmantes. A los niños, como he dicho antes, personas nerviosas, anémicas, los afectos del corazón y afecciones renales, no se les debe aplicar este anestésico, para evitar las lipotimias por la anemia, vértigos, convulsiones, etc., etc.

En caso de presentarse algún síntoma de intoxicación, los siguientes remedios están comprobados como eficaces:

1.° El nitrito de amilo en inhalación, cuatro á seis gotas.

2.° Ron ó cognac, una copa como estimulante.

y 3.° Sulfato de morfina en inyección, una tableta de uno y medio centigramos ó cafeina tres centigramos.

Estos tres antídotos constituyen los remedios más heróicos para dominar todos los accidentes, según los casos.

La proporción de la cocaína en inyecciones intragingivales

Cocaína tres centigramos (ó sea una tableta de Burroughs Wellcome.

Agua destilada y esterilizada 1 gramo.

O sea el contenido de una jeringuilla de Pravaz.

No se debe pasar nunca de esta dosis. El Dr. Reclús, de París, conocido por sus profundos estudios sobre este alcaloide, no pasa nunca del 1 al 2 por 100. Reparto esta cantidad en seis punciones, tres externas y tres internas, á fin de que obre en las caras laterales del diente á extraer y en sus partes centrales; así ejerce su acción sobre todo el contorno del periodonto; este proceder es aplicable á todos los anestésicos que se destinan á inyección subgingival. Insisto en esto, pues hay muchos profesores, algunos muy ilustrados, que no conceden importancia á este detalle, resultando para los mismos los anestésicos sin efecto, achacando al producto su falta de pericia.

Es conveniente no hacer más de dos extracciones en una sola sesión para evitar la absorción de cocaína considerada excesiva, esto es, una dosis que pase de cinco centigramos. También se aplica este alcaloide en embrocaciones sobre las mucosas, en este caso se pueden emplear soluciones concentradas, pero siempre es conveniente no pasar de 5 centigramos por 100 en agua esterilizada, procurando no trague el paciente haciéndole escupir de vez en cuando mientras se fricciona la parte.

Algunos héroes, porque así pueden llamarse los que se sacrifican por las profesiones, han llegado á friccionarse la boca con cantidades en solución excesiva, hasta si mal no recuerdo en esta misma Academia, para probar que no había peligro alguno, y aunque no ocurrió nada de notable, sin embargo, se le puso la lengua en tal situación que le impedía hablar con soltura y no se le quitó el susto en mucho tiempo; la solución empleada parece fué de 20 por 100. Los asistentes á aquella sesión estábamos observando con espanto tan terrible prueba, y más aún nos dolíamos por el cariño que le profesábamos y creo aún le profesamos.

La cocaína combinada con la adrenalina en proporción de tres partes de la primera por una de la última, se estima como uno de los mejores anestésicos. La fórmula es la siguiente:

Solución de cocaína al 2 por 100..... 75 centigramos.
Idem de adrenalina al 1 por 1000..... 25 »

Las inyecciones subgingivales con esta mezcla están hoy

muy en boga y regularmente vendrá á imponerse mientras otra preparación no la supere.

Las razones que dan sus preconizadores son poderosas, pues se apoyan en los efectos isquemiantes de la adrenalina por impedir la absorción en el torrente circulatorio de la cocaína, obrando más eficazmente en este caso en la zona inyectada por la retención sufrida; el afamado Dr. Peters, de Londres, la asigna tres propiedades que son: hemostática, coadyuvante de la anestesia local y calmante en casos de inflamación, periostitis, abscesos, etc.

El Dr. Damians, nuestro compatriota, en un artículo reciente que se ocupa de esta substancia combinada recomienda:

Clorhidrato de cocaína.....	1 centigramo.
Adrenalina al 1 por 1000.....	5 gotas.
Agua destilada	1 centímetro cúbico.

Esta preparación la hace siempre al tiempo de necesitarla, y excusamos manifestar que estamos en un todo conformes con proceder de este modo y así debería hacerse con todas las preparaciones. En cuanto á la diferencial que se observa de la cocaína, consiste en que algunos dentistas y entre ellos el citado, le dan más fuerza anestésica á la cocaína combinada con la adrenalina, que la que en sí sola posee, debido á que esta última evita la difusión rápida, determinada ésta por la adrenalina.

Algunos casos de dolores violentos post-operatorios achacados á esta combinación, han hecho desistir de su uso á algunos; de todas formas, conveniente es observar si este síntoma se repite con frecuencia, en cuyo caso habría que estudiar las causas; hay quien dice que no debe asociarse la cocaína con la adrenalina, porque de esta asociación se desnaturalizan ambas y resulta un producto de resultados terapéuticos diametralmente opuestos á los que posee cada substancia de por sí (Blanqué). La importancia de este alcaloide me ha hecho extenderme sobre sus apreciaciones y resultados, y creo habréis de encontrar algo útil en su práctica.

(*Continuará.*)

CONGRESO DENTAL INTERNACIONAL DE SAN LUIS

Informe dirigido á la Sociedad Odontológica de Vizcaya.

por D. JUAN DE OTÁOLA (1)

Señores: Inducido por mis sinceros entusiasmos hacia nuestra honrosa profesión, percatado de la indiscutible importancia de estos modernos Congresos, donde eminencias de todo el orbe se dan cita para solventar problemas de soberana transcendencia, cuya secuela redunda siempre en beneficio de una clase determinada ó en provecho de la humanidad entera, accedí gustoso y sin vacilar un sólo instante á la distinción de que inmerecidamente me hicisteis objeto, designándome para ostentar vuestra representación en aquella magna asamblea de perdurable memoria, que con el nombre de IV Congreso Dental Internacional se celebró poco ha en una de esas grandes metrópolis norte-americanas, donde todas las manifestaciones de la cultura y el humano progreso tienen su asiento; en la ciudad de San Luis, en fin, donde á manera de apoteosis tienen su asiento, y que acaba de dar al mundo con su Exposición Universal gallarda prueba, demostración palmarísima y fehaciente de la vigorosa potencia material é intelectual de un pueblo, engendrada al mágico conjuro del trabajo.

Desde luego que la honrosa misión á mi encomendada me producía verdadera y justificada estorsión, puesto que aparte de que para cumplirla necesitaba distanciarme de la patria y de la familia por un lapso de tiempo no pequeño, imponiéndome además no pocos esfuerzos pecuniarios y había de abandonar forzosamente las atenciones de mi clientela; pero lo repito, estimé en tan alto grado el honor de aquella designación, se halagaban con ella en forma tal mis aficiones poniéndome á mayor abundamiento en condiciones de hacer algo en pro de nuestra clase ó por lo menos de cooperar á que se hiciera, que todos los obstáculos fueron vencidos por mi buena voluntad y acepté el cargo con verdadero orgullo y acudiendo presuroso á ocupar mi puesto en la Asamblea.

Terminada ésta y restituído ya felizmente al seno de esta Sociedad, voy á cumplir lo preceptuado en el artículo 27 de nuestro Reglamento, dándoos cuenta de lo acaecido en el Congreso, siquiera haya de hacerlo con la imperfección consiguiente en quien como yo carece en absoluto de habilidad y conocimientos literarios para redactar un informe ó Memoria de esta naturaleza.

Por otra parte el desconocimiento de la lengua inglesa, en

(1) Comunicación leída en la sesión extraordinaria celebrada el 3 del corriente.

la cual pronunciaron sus discursos los congresistas, y la falta de tiempo para recopilar ordenadamente los innumerables datos, tanto teóricos como prácticos por mí recogidos en la Asamblea, me impiden detallar en este modesto trabajo la meritoria labor realizada por las eminencias universales allí congregadas en pro del arte odontológico, prometiendo sin embargo, ampliar aquel en sucesivas sesiones á fin de que constituya para vosotros verdadero manantial de conocimientos de los últimos adelantos y de las últimas orientaciones profesionales por mí observadas en el IV Congreso.

Este informe no será, pues, otra cosa que un ligero esbozo de lo ocurrido en aquel Congreso. Recibidlo con benevolencia y mi agradecimiento será eterno.

***

Como dato histórico, debo hacer constar que el IV Congreso Dental tuvo lugar en un edificio grandioso por su arquitectura y sus dimensiones, dentro del cual se encuentra un teatro «Music Hall» capaz para 2.500 personas y un circo que puede dar cabida á 19.000 expectadores. Se denomina este edificio «The Coliseum Building».

En sus amplios salones se celebró también la Exposición de fabricantes.

Como preparatoria de la inaugural del Congreso, el 25 de Agosto celebró reunion la Federación Dental Internacional, cuya importancia de todos es conocida por sus interesantes tareas en pro de la clase y sus constantes trabajos cerca de los Poderes públicos de cada Nación, encaminados á extinguir de una vez para siempre ciertas plagas que nos corroen y ofician de rémora poderosa en la magna obra de dignificación profesional, emprendida desde algunos años á esta parte por los espíritus altruistas que afortunadamente predominan entre nosotros

Fué presidida esta reunión por Mr. Godon, y celebrada en medio del mayor entusiasmo, precursor del que había de reinar en el Congreso; se discutieron varios temas de gran interés sobre los medios conducentes á poner en práctica en todas las naciones los acuerdos de la Federación sobre higiene pública, enseñanza profesional, legislación dental, etc., etc., quedando al propio tiempo planeado el orden de discusión y de los trabajos que habían de realizarse en el Congreso.

El día 29 de Agosto tuvo lugar la apertura de aquel en el «Music Hall» con la solemnidad propia de estos actos.

Después de la invocación del Dr. Harris H. Grey, el Director de Congresos el Hon. Howar J. Rogers hizo la presentación de los miembros del Comité ejecutivo, pronunciando elocuentes discursos de salutación y bienvenida á los congresistas el Go-

Asamblea con su presencia y en nombre de la profesión de Missouri y San Luis, el distinguido Dr. Bourton Lee Thorpe.

El Presidente del Congreso Dr. H. J. Burkhart dirigió después la palabra al auditorio, haciendo resaltar la importancia de estas reuniones y felicitándose y felicitando á todos por el concurso eficacísimo que los profesionales de todo el mundo habían prestado siempre á esta clase de actos enviando a ellos nutridas y brillantes representaciones.

Hablaron después los miembros de éstas, distinguiéndose notablemente entre otros el Sr. Losada y el Sr. Rojo, é inmediatamente comenzaron los trabajos del Congreso con esa febril actividad de la raza americana, cumpliéndose el programa aprobado anticipadamente con escrupulosidad sin igual.

En la sala de clínicas se instalaron unos 70 sillones Wilkerson pertenecientes á la Escuela dental de San Luis y unas 50 mesas para demostraciones prácticas de prótesis, numeradas todas ellas, ocupándolas otros tantos profesores por el orden previamente designado.

Entre los trabajos presentados, merecen recuerdo especial los de puentes de porcelana del Dr. Le Cron, las coronas y puentes amovibles del Dr. Peeso, las incrustaciones de porcelana de los Dres. Furth, Head y Niman entre otros.

El Dr. Brophi realizó notables operaciones quirúrgicas, suficientes por sí solas para ocupar doble espacio del que encierra este trabajo, y que no hemos de tardar en ver divulgadas para enseñanza de todos en periódicos y libros profesionales.

El Dr. Harlan presentó su tratamiento sobre la piorrea alveolar y los notables orificadores Johnson, Kinkley, Darby, Conner, Clack, Carr y Perrin entre otros, hicieron á la vista de todos prácticas demostraciones, revelando suma habilidad y grandes conocimientos en la materia.

También son dignos de mencionarse la notable comunicación del profesor Miller sobre «Varios procesos patológicos» que obtuvo la medalla de oro del Congreso, y de los Dres. Angle, Truman, Grevers, Marshall, Talbot, Godon, Aguilar y otros más, que cuando se impriman constituirán también una prueba palpable del talento de aquellos hombres, proporcionándonos materia abundante de enseñanza dentro de la Odontología.

Lo reseñado es en resumen lo más saliente de la Asamblea, es en compendio lo que más poderosamente atrajo la atención de los congresistas, pero hay que confesar con ingenuidad que en estas magnas reuniones siempre pasan desapercibidos algunos trabajos que en verdad merecían lo contrario. ¡Cuántos congresistas habrán regresado á sus paises sin darse cuenta de muchos de aquéllos, acreedores como digo á la universal admiración! De esta especie de olvido verdaderamente lamentable, pero que halla fácil justificación en la corta duración de los congresos y en la abundancia de trabajos y modelos expuestos.

han sido entre otros muchos los aparatos de prótesis inmediata y restauraciones faciales del sabio Dr. Martin de Lyon, que yo me complazco en aludir especialmente, siquiera sea como recompensa á la deleitación que su estudio reportó á mi ánimo.

La exposición de fabricantes, como creo haber dicho ya, y si no, lo digo ahora, ha sido muy completa, debiendo esperar que no transcurra mucho tiempo sin que lleguen á Europa los perfeccionamientos últimamente introducidos en el instrumental expuestos en San Luis, así como también los nuevos medicamentos cuyo valor en la ciencia odontológica vendrán á confirmar de consuno, muy en breve, la experiencia y el tiempo.

*
* *

De esta gran Asamblea de San Luis, y permitidme que ahora entre en cierto género de consideraciones críticas, puedo afirmar rotundamente en conclusión, que ha constituído una brillante manifestación profesional, una patente demostración de la importancia que en orden á la salud del cuerpo humano tiene la Odontología y una gran prueba de la unión, del compañerismo, del espíritu de cuerpo, en fin, si me permitís la frase, que reina entre todos los dentistas del mundo, pero también puedo afirmar concluyentemente que de allí no ha surgido nada que pueda causar una verdadera revolución en el arte que cultivamos, y esto, que desde luego no resta importancia á la de los Congresos, según acabamos de ver por la enumeración de sus resultados, tiene, queridos compañeros, una explicación tan sencilla como racional. El dentista, el inventor, todo aquel, en fin, que de un modo ó de otro aporta su óbolo á la gran obra de perfeccionamiento que en nuestra profesión perseguimos, no espera, jamás aguarda la fecha señalada para la celebración de un Congreso, para dar á conocer al mundo profesional el producto de su estudio ó de sus ensayos prácticos, sino que ansioso de gloria y guiado también por ese espíritu altruista, tan frecuente entre nosotros, lanza á los vientos de la publicidad tan pronto como la hubo logrado la solución deseada de un problema ó la invención de un aparato que simplifique ó perfeccione la tarea del operador.

Los hechos, señores, demuestran este aserto. En efecto, ¿qué grandes inventos, que nuevas teorías han reservado sus autores para darlas á conocer en sus primicias á los Congresos hasta la fecha celebrados?

Ni la invención del primer anestésico por los dentistas Wells ó Morton en 1846, de la cual dice Lecky en su Historia de la Moral Europea, es probable que ha hecho más por la felicidad humana que todos los filósofos desde Sócrates hasta Mill, ni el descubrimiento de una de las más preciadas cualidades del oro *la cohesión*, reputada anteriormente como perjudicial, ni la

introducción del oro cristal en la práctica, ni el descubrimiento de la cohesión de la hoja recocida que inauguró una nueva era en los anales de la operatoria dental y cuyo autor, el sabio Robert Arthur se apresuró á divulgar entre los dentistas de todo el mundo, señalando al propio tiempo la línea divisoria entre el procedimiento mutilador y deformador de antaño y el de la conservación de la belleza y la forma típica que se sigue actualmente; ni la aparición del martillo automático ocurrida como consecuencia del anterior descubrimiento, ni la invención del *cofferdam* y el torno, ni tantos otros inventos de igual transcendencia que determinaron en el arte dental una gran revolución, hasta el punto de cambiar radicalmente los sistemas prácticos y teóricos; nada de esto, repito, fué dado á conocer en Congresos ni Asambleas, sino aisladamente, lo cual demuestra, como dejo sentado antes, que ni las Asambleas ni los Congresos de esta índole tienen importancia por la novedad de las teorías que en ellos se plantean y discuten ni por la potencia transformadora de los aparatos que en la exposición se ofrecen al congresista, sino que esa importancia que soy el primero en proclamar nace, como también afirmé al principio, de la tendencia que por regla general sigue encaminada á fomentar la cohesión entre todos los miembros de la carrera á conseguir de los gobiernos protección para la enseñanza profesional y sobre todo á recabar para el arte odontológico, el orden preeminente que de derecho le corresponde dentro del campo meritísimo de la cirugía.

Estos fines, señores, creo que los ha cumplido con creces el 4.° Congreso Dental de San Luis, y bajo esta base entiendo que todos debemos dirigir nuestros votos, no sólo en pro de que los acuerdos allí adoptados alcancen pronto la categoría de realidades, si que también en favor de la repetición frecuente de esta clase de Asambleas.

Ellas nos elevan á la cima del progreso; ellas dignifican la profesión; ellas en fin, como diría Lecky, harán por la felicidad del género humano más que todos los filósofos habidos y por haber.

¡Loor, pues, á la Asamblea de San Luis!

*
* *

Como notas adicionales, he de hacer constar que las sesiones del 4.° Congreso Dental, duraron desde el 28 de Agosto hasta el 3 de Septiembre y que ascendió á 1600 el número de congresistas que respondieron á la invitación del Comité ejecutivo.

Durante el período de duración de la Asamblea, Sociedades tan importantes como las The Dental Fraternity, American Society of Orthodontists, Dental Collecctión, Delta Sigma Dental Fraternity y otras varias, celebraron recepciones y banquetes en honor de los congresistas, reinando en todos estos actos la mayor cordialidad y el más ferviente entusiasmo.

La prensa profesional americana tuvo también en el Congreso brillante representación, ofreciendo á los congresistas números muy notables entre los que recuerdo, con especialidad á los de *The Dental Cosmos, Items of Interest, The Dental Sumary, The Dental Review, The American Dental Journal*, que diariamente publicaron el programa de la sesión del Congreso.

El *The Dental Brief* publicó un número extraordinario con los retratos de todos los individuos del Comité organizador y el de los Presidentes honorarios y Vice-presidentes.

La prensa local de San Luis, se ocupó asimismo del Congreso con bastante atención, reseñando diaria y minuciosamente sus tareas y publicando el retrato de los más ilustres congresistas.

También debo consignar con verdadero orgullo que la Sociedad Odontológica de Vizcaya, ha sido una de las más brillantemente representadas en el Congreso de San Luis, pues asistieron su Presidente honorario Sr. Aguilar, el socio también honorario Sr. Losada, el Sr. Palacios y vuestro Delegado.

Y al llegar aquí hago puntos señores, en mi tarea de información sobre el Congreso de San Luis, repitiendoos las gracias por el grande honor que me conferistéis designándome para ostentar en él vuestra representación y manifestándoos mi gratitud por la benevolencia con que habéis soportado la lectura de este trabajo, en el cual no encontraréis desde luego otro mérito que el de la buena voluntad que me inspiró al redactarlo.

INTERESES PROFESIONALES

LA ODONTOLOGÍA EN COLOMBIA

En nuestra patria, por cierto muy desgraciada, la profesión que ejercemos no se halla á la altura á que debiera hallarse. Ello se debe á nuestra apatía unida á algo que poderosamente contribuye para mantenerla en esa postración.

En nuestro escrito relacionado con nuestro campo operatorio, como cirujanos dentistas ú odontólogos, quisimos expresar, pretendimos dar á comprender que nuestra acción traspasa los límites de nuestra especialidad siempre que ciertas afecciones se presenten en los órganos cercanos al campo de nuestra observación.

En Colombia, las muestras de nuestra vida dentística no han sido otras que una Escuela fundada en la capital de la Re-

pública allá por los años de 1888 á 1889, si mal no recordamos, que luchó con muchos obstáculos para su sostenimiento; una Asociación odontológica establecida en la misma capital que publicó sus «Anales» y que ya no existe, y por último una Escuela fundada en esta ciudad, capital del Departamento de Bolivar el año de 1898 con fondos particulares, y de la cual procedemos, que está próxima á extinguirse por la apatía de quienes deben preocuparse por el progreso de los establecimientos de instrucción, hijos del propio esfuerzo.

En España se quejan del atraso de la Odontología, no obstante que sus hijos se desvelan por llevarla adelante; ellos que cuentan con Sociedades bien organizadas, con clínicas dentales en sus Hospitales, que están al corriente de los adelantos de nuestra profesión, que mantienen comunicaciones con las mejores Sociedades Odontológicas conocidas, que envían representantes á los Congresos y Asambleas dentales, que publican mensualmente revistas encargadas de propagar nuestros adelantos, ellos, repetimos, se quejan, y sus quejas nos causan pesar profundo cuando llevamos á nuestros corazones amantes de la profesión la triste convicción de que algo daríamos por mostrarnos ante el mundo con ese su llamado poco progreso.

Nosotros anhelamos poner nuestro contingente para que se mantenga muy firme el edificio del cual somos simples operarios.

En esta sección de la República, tenemos una Asociación médica titulada «Sociedad de Medicina y ciencias naturales de Bolivar» en la cual podemos ingresar como dentistas mediante ciertos requisitos. Lo mismo desearíamos que en el Hospital de Santa Clara, de esta ciudad, se nos cediera una sala para establecer allí una Clínica Odontológica y hacer mucho en beneficio de la humanidad y aprovechar aquello que lleguemos á observar.

Baste ya de expresiones que nos mortifican demasiado, conformémonos con lo que somos, ya que no podemos tener otros campos de estudio y alimentemos la esperanza de que en un día no muy lejano nuestra Patria muy querida ocupará el puesto que se merece en lo que hace relación á la odontología, en ese ejército que marcha á la vanguardia del progreso y del cual somos centinelas sostenedores de la consigna.

MANUEL RAMÓN PAREJA.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA VALENCIANA

Sr. Director de La Odontología: Después de larga y penosa enfermedad, y aún no restablecido, vuelvo de nuevo á ocupar mi puesto dispuesto como siempre á luchar por el progreso de los altos fines de la Sociedad Odontológica Valenciana, la que en sesión anterior me honró con el nombramiento de socio corresponsal para dar cuenta á la prensa profesional de cuanto ocurra en las sesiones de dicha Sociedad, estando dispuesto á darle noticias de lo más saliente en trabajos cientificos que se presenten y de cuanto de notable ocurra en el seno de esta corporación, ensalzando á quien se lo merezca y censurando á quien interrumpa la marcha y el progreso de la ciencia odontológica.

En el hermoso salón de actos del Instituto Médico Valenciano, terminadas las vacaciones estivales, se verificó el día 15 del pasado Octubre la primera sesión ordinaria á la que asistieron la mayoría de los socios, á pesar de la larga distancia á que muchos se encuentran de esta ciudad. Parece se dieron cita para con su presencia dar mayor realce y grandiosidad al acto.

Omito en gracia á la brevedad los nombres de todos los queridos compañeros que acudieron.

Abierta la sesión, que presidía el Sr. Gómez (D. Asensio), fué aprobada el acta de la anterior, se formularon varios ruegos y preguntas, pasando después de estas pequeñas digresiones á la parte científica, en la que el Sr. Vilar (D. José) leyó una concienzuda y bien escrita memoria del Sr. Denamiel, de Málaga, socio corresponsal de esta Sociedad, titulada «Deontología dental y algo sobre moral profesional»; al terminarse cuya lectura fué con justicia aplaudido tan notable trabajo.

Acto seguido dió lectura á otra Memoria del socio D. Justo Marín, de Morella, el estudioso secretario de esta Sociedad don Juan de Dios Martí, titulada «Periostitis alveolo-dentaria». El auditorio le oyó con suma atención, y al finalizar su lectura fué ovacionado el novel escritor, que demuestra tener verdaderos conocimientos en estos asuntos.

El Sr. Gómez hizo el resumen de la sesión y propuso un

voto de gracias para los autores de las antedichas Memorias, haciéndose constar en acta el haber sido concedido por unanimidad.

Terminada la reapertura de las tareas de la Odontológica Valenciana, se celebró tan brillante acto con un te en los salones del Círculo Valenciano.—El corresponsal, *F. Piquer*.

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DE VIZCAYA

Sesión extraordinaria del 3 de Noviembre 1904.

Presidencia D. Juan de Otaola.

Asisten los Sres. Blasco, Laburu, Edwards, Palacios, García Orive, Ariño y Liliot.

El Sr. Presidente: Para no faltar á la tradición de estas sesiones y sin revisar los libros de actas ni poder ordenar bien estos recuerdos por falta de tiempo, voy hacer en breves frases la Memoria del curso pasado.

Recuerda la Memoria que se leyó en la sesión inaugural dirigida á la Junta del Hospital civil, de Bilbao, para la implantación en el mismo de una clínica de Odontología, diciendo que dicha Memoria fué recibida con bastante interés fuera de aquí, tanto que algunos compañeros emprendieron la campaña para lograr el mismo fin. Espero—dice—que la Sociedad Odontológica de Vizcaya, continuará trabajando en este asunto hasta conseguirlo.

En Diciembre tuvimos el gusto de recibir la visita de nuestro distinguido Presidente honorario Sr. Aguilar. Todos recordaréis la notable conferencia que en este sitio nos dió sobre la organización de las Escuelas dentales de América y el banquete que en su obsequio celebramos de grata memoria. Fué sin duda este hecho un gran paso en favor de la unión y compañerismo.

En Enero, nuestro consocio Dr. Edwards nos dió una sesión práctica de obturaciones de porcelana que resultó sumamente interesante, y donde tuvimos ocasión de admirar su habilidad y el entusiasmo que tiene por la Sociedad.

Después, el Dr. Zavala nos dió una conferencia muy interesante sobre las afecciones de origen dental y en particular de la *pelada*. La Sociedad acordó nombrarle socio honorario.

En otras dos sesiones tuve el gusto de daros dos conferencias que no merecen la pena de mencionarlas.

El Sr. Palacios, entusiasta siempre de estas agrupaciones que redundan en provecho de nuestra profesión, invitó á unos cuantos socios á su casa de Durango, donde con la amabilidad que le caracteriza, nos mostró sus interesantes trabajos cuya clasificación aunque muy á la ligera la habréis visto en La Odontología.

El Sr. Palacios se lamentó de que debido á las condiciones de su casa por ser pequeña, no hubo invitado á todos los socios como era su deseo. Doy las gracias al Sr. Palacios cuyo entusiasmo por esta entidad es cada vez mayor, en nombre de esta.

Durante el curso se recibieron algunas obras á cuyos autores les he dado las gracias en nombre de nuestra Sociedad.

No hemos tenido más que una baja en un señor socio, que se retiró sin manifestar las causas que le impulsaron para tomar tal determinación.

Terminó el curso con una comida que celebramos en el Moderno, donde nos despedimos en la mayor armonía, dándonos cita para esta sesión y veo con sentimiento la ausencia de algunos queridos compañeros á este solemne acto como debe ser siempre la sesión inaugural. Y no tengo más que decir.

Pasa á leer el informe sobre el IV Congreso Dental Internacional de San Luis, que publicamos en otro lugar de este número y que es recibido con grandes aplausos.

Terminada la lectura de dicho informe se levanta la sesión declarándose abierto el curso de 1904 á 1905.

Después de diez minutos se abre la sesión ordinaria, con la asistencia de los mismos señores.

El Sr. Presidente da cuenta de la correspondencia, dándose la Sociedad por enterada.

Se acuerda que conste en acta las gracias al Sr. D. Tirso Pérez por el donativo que ha hecho á la Sociedad de un folleto que se titula «Estudio sobre anestésicos locales en Odontología», de que es autor.

A petición del Sr. Blasco queda sobre la mesa una comunicación del Sr. Pons, Secretario de la Federación Dental Nacional:

Se aprueban sin discusión los presupuestos presentados por el tesorero Sr. Laburu.

A petición del Sr. Blasco se acuerda la rebaja de la cuota mensual.

A continuación se verifica la elección de la nueva Junta directiva por medio de papeletas cerradas y depositadas en la urna, según dispone el art. 11 párrafo 3.° del Reglamento, habiendo sido nombrados después de hecho el escrutinio, los señores siguientes:

Presidente, Dr. Goodwin Edwards; Secretario, D. Mario Arregui, por un año; Tesorero, D. Enrique Laburu; Vocales, D. Leopoldo García Orive y D. José Luis Echave.

La Junta general ha estado muy acertada en la elección de estos nombres, que constituyen una garantía para la buena marcha de la Sociedad por su ilustración y entusiasmos.

A petición del Sr. Palacios se acuerda un voto de gracias para la presidencia que es aprobado por unanimidad. Y se levanta la sesión.

LA CONTRIBUCIÓN

Una vez más se ha verificado el espectáculo de costumbre con motivo de la tributación profesional y una vez más la equidad ha sufrido grave menoscabo merced á procedimientos imposibles é inaceptables por muchos que ven con profunda pena este torneo anual de las míseras pesetas.

Para el próximo ejercicio fueron nombrados,—según cuentan por sorteo,—síndicos los señores D. Ramón Portuondo, y D. Miguel Didillon y clasificadores los señores Romero, Alcaide, Cadwallader, Guerrero, Porras y Mon. El segundo de los señores clasificadores tiene la suerte loca de tocarle siempre en el sorteo, todos los años, algún cargo.

Hecho el reparto, verificóse el primer juicio de agravios en la noche del 2 del corriente, y merced á las protestas y á una regular marimorena armada por los Sres. Losada y Cadwallader—á pesar de ser el último clasificador—fué todo echado por tierra y se procedió á nuevo reparto. Este fué aprobado en otro juicio celebrado en la noche del día 6 en medio de mayor calma, pero no sin protestas de varios de los concurrentes.

Al final se acordó pedir á la Hacienda una rebaja en la cuota y denunciar á la misma varios señores que no aparecen en la lista del gremio. La primera solicitud fué aceptada por unanimidad; pero la denuncia no fué firmada por todos los presentes.

No hacemos comentarios de ninguna especie porque estamos cansados ya de repetir lo mismo todos los años, y esperemos mejores tiempos, si es que llegan, en que se convenza la gran masa de la profesión de que este espectáculo anual es muy poco edificante y menos equitativo aún, á pesar de ser la equidad la sombra á la que se acoge el procedimiento.

COMUNICADO

FINAL DE UNA CUESTIÓN

Sr. Director de LA ODONTOLOGÍA.

Mi respetable y querido amigo: Para terminar el asunto de «Unión Dental» á que se ha hecho referencia detallada en dos pasados números de su culta Revista, ruego á usted publique las dos siguientes afirmaciones:

1.ª El Sr. Serrano aceptó en Junio pasado la dirección del periódico, dejada por mí al encontrarme enfermo y aún no ha hecho renuncia de ella.

2.ª En la última junta general de la U. D. E. y habiendo recabado el Sr. Antón para sí la responsabilidad de la marcha del periódico, presenté un voto de censura á la presidencia y fué aprobado por unanimidad.

Dándole gracias, reitera á usted los respetos su afectísimo seguro servidor y amigo, *V. Pérez Cano.*

Madrid, Octubre, 1904.

BIBLIOGRAFÍA

Odontoiatria conservativa. Sui noduli della polpa. The Teeth, por el Dr. Angelo Chiavaro, de Roma. Son tres folletos de sumo interés para el profesional, en los que el Dr. Chiavaro, verdadera autoridad en la materia en Italia, trata los diversos asuntos que les sirven de título con los conocimientos y la maestría en él acostumbrados. El último de ellos está en inglés.

*
* *

Sanidad Militar Argentina.—Como complemento al tomo VI de los «Anales de Sanidad Militar» y con ocasión del II Congreso Médico Latino-americano, ha publicado la conocida revista de Buenos Aires un primoroso folleto con dicho título, conteniendo leyes, reglamentos y la organización del cuerpo en aquel país, que no puede ser más brillante á juzgar por lo que el librito en cuestión demuestra. Está avalorado con multitud de excelentes grabados, representando clínicas, enferme-

rías y transportes y un plano del lugar de acción de las maniobras del Cuerpo verificadas en Abril del corriente año.

*
* *

Revue Internationale de Prothése Dentaire.—Nueva revista profesional, dedicada como su nombre indica especialmente á la prótesis, que ha comenzado á publicarse en París. Hemos recibido el primer número cuya cualidad más saliente es el aspecto práctico que ofrece. Felicidades y muy larga vida.

*
* *

Revista Odontológica.—Un nuevo colega que bajo este título ha comenzado á ver la luz en Santiago de Chile, ha visitado nuestra redacción. Dirigido por D. Pedro P. Castro, ilustrado dentista de aquella capital, está muy bien presentado, constituyendo una muestra más del positivo progreso profesional de las Repúblicas del Sur de América. Sea bienvenido y con sumo gusto establecemos el cambio.

*
* *

Le Laboratoire.—También ha hecho su aparición el primer número de esta excelente revista de que con anterioridad hablamos, haciendo la predicción de un verdadero éxito.

No ha defraudado en efecto las grandes esperanzas en ella cifradas, pues á más de estar admirablemente editada, ofrece en sus páginas interesantes trabajos pertenecientes á la rama profesional á que se dedica, entre los cuales encontramos uno sobre coronas, debido á un ilustrado compatriota, nuestro querido amigo D. Luis Subirana.

Felicitamos muy sinceramente á su director Mr. B. Platschick y de nuevo le expresamos nuestro deseo de larga y próspera vida á su interesante revista.

RECETAS Y CONSEJOS

Un obtundente eficaz.—Todo dentista desea poseer un obtundente eficaz y que verdaderamente alivie el dolor. El Dr. Rabus recomienda hacer una aplicación de *Oxpara*, y obturar con gutapercha ó cemento dejando esta cura por uno ó dos días. Asegura ser muy eficaz su uso.

Peróxido de hidrógeno y agua de cal.—La solución de peróxido con igual volumen de agua de cal, corrige toda condición ácida existente, retarda todo proceso destructivo, contrarrestando el agua de cal la acción perjudicial que el peróxido solo, pudiera tener sobre las granulaciones, y no disminuye la eficaz acción del remedio.

Remoción sin dolor de la pulpa.—Partes iguales de cloroformo y ácido carbólico. Usese una jeringa de cristal (cuerpo y pistón) envuélvase en gutapercha la cánula para evitar escapes é inyéctese con fuerza. La pulpa puede extraerse enseguida perfectamente limpia é insensible al dolor.—(*International Dental Review*)

Para el dolor de muelas.—*Nouveaux Remede* recomienda la siguiente fórmula:

Acido fénico cristalizado.
Mentol.
Clorhídrato de cocaína.
Hidrato de cloral.
Guayacol.

De cada uno *30 granos.*

Tritúrese y hágase una pasta.

Esta mixtura es cáustica y analgésica. Su causticidad puede ser aumentada añadiendo ácido carbólico.—*(New-York Med. Journal).*

Una cura para los canales.—Mézclese iodoformo y cerato simple, formando una pasta, y añádanse algunas gotas de aceite de cinamomo para disimular el olor. En forma de pasta es más conveniente y fácil de vigilar al colocarla, y es considerada como muy útil en determinados canales,—(*Review*).

Algodón Ortoformado.—Hágase una solución fuerte de ortoformo en alcohol y satúrese el algodón con ella. Déjese secar y evaporar el alcohol y enciérrese el algodón en un sitio conveniente para su uso.

Este algodón es muy útil para rellenar los alveolos después de la extracción y para prevenir el dolor subsiguiente; también es útil en otras heridas fácilmente dolorosas como en los sacos de la piorrea alveolar, pulpas expuestas, encías laceradas, después de extracciones laboriosas de los terceros molares, etc. Detiene el dolor y la hemorragia y no produce efecto alguno perjudicial ni subsiguiente.

Soldadura de aluminio.—Una soldadura muy buena para el aluminio, y que no se altera en la boca es la siguiente:

Aluminio.....	60 partes.
Zinc.....	10 »
Forfuro de estaño.....	30 »

Un buen fundente para esta soldadura es el ácido esteárico.

(E. Bumgardner.—*Western Dental Journal*).

Para la conservación del pistón en las jeringas hipodérmicas.—Frecuentemente ocurre que el cuero de los pistones de las jeringuillas hipodérmicas se seca y no pueden funcionar. Es muy conveniente en vez de colocarlos en agua, engrasar el cuero con aceite común ú otro cualquiera y dejarlo un rato para que penetre bien.—(*Revue Internationale de Prothese Dentaire.*)

Para evitar la oxidación de los instrumentos.—Para impedir que los instrumentos de acero se oxiden es muy conveniente embadurnarlos con la mezcla siguiente: Una parte de parafina en nueve de petróleo. Hágase una pomada dejando durante varios días disolverse bien la parafina.—(*Revue Internationale de Prothése Dentaire.*)

ó tres veces por día, con una preparación compuesta de una parte de tintura de belladona en cinco de agua de colonia.

Incrustaciones de caucho.—De algún tiempo á esta parte se sirven algunos dentistas de pequeños bloques de caucho blanco vulcanizado para las cavidades de dientes de delante, pretendiendo obtener resultados muy buenos y ser de mucha duración. Si el método se generaliza sería conveniente la fabricación de barritas de tintes variados y de forma conveniente, para poderse adaptar á las diversas formas de cavidades para obturar. Se fijan con cemento de oxifosfato.—(*Quarterly Circular*).

Para los discos de corindon.—Cuando se hace uso de estos discos es conveniente añadir algunas gotas de alcohol al agua destinada á humedecerlos, y cuando se ponen grasientos deben ponerse en una solución de potasa caústica, lavándolos después en alcohol.—(*Journal of the B. D. Association*).

Impresiones de raíces para la aplicación de coronas.—El Dr. Palmer coloca una espiga de madera en la raiz y la rodea de guttapercha extendiéndola por toda la superficie de dicha raiz para separar la encía. Toma la impresión sin quitar dicha espiga en esta forma, que sale en ella.—(*Dental Cosmos.*)

Sulfato de cobre.—Es muy útil tocar con él las placas mucosas de la boca, y las erosiones producidas por las piezas protésicas.—(*Revue Internationale de Prothése Dentaire*).

Disolución del caucho.—Se facilita la disolución del caucho, añadiendo de cinco á quince por ciento de esencia de eucaliptus al benzol de bisulfuro de carbono empleado. En las segundas proporciones, la mezcla de bisulfuro de carbono disolverá casi 20 por 100 del caucho.—(*Journal of the B. D. Association.*)

Material de impresión.—He aquí la fórmula del Dr. W. N. Murthy, para una substancia de impresión, con la cual se puede verter directamente un molde.

Yeso, dos medidas; marmol pulverizado, una medida; creta, una medida.

Mézclese y empléese como el yeso.—(*Cov. International Journal.*)

Para impedir la oxidación.—Un buen medio de impedir la oxidación de los objetos de hierro ó de acero es el siguiente:

Se disuelven 15 gramos de alcanfor en 500 gramos de *exonge*. Después de haber espumado se añade bastante plombagina para dar á la mezcla el color del hierro. Los objetos de hierro ó de acero de toda especie, frotados con un lienzo cargado de esta composición, se conservarán muy bien durante mucho tiempo.—(*Revue Internationale de Prothese Dentaire.*)

HOJAS SUELTAS

Reválidas de Odontológos.—El 25 del pasado Octubre se verificaron en la Facultad de Medicina de Madrid los ejercicios del grado de Odontológo para examinar á un extranjero, Mr. Newland.

El tribunal compuesto del Dr. Calleja como presidente y de los señores Sañudo, Marquez, Aguilar y Cuzzani calificó de aprobado al actuante, que con este requisito queda habilitado para obtener el título español y por lo tanto para ejercer en nuestro país.

Sociedad Odontológica Española.—El jueves 10 del corriente celebró sesión la Junta directiva de esta Sociedad, tomándose el acuerdo de verificar la inauguración del curso académico de 1904 á 1905, en la noche del viernes 18, pero por no estar terminadas aun las obras que se están ejecutando en el domicilio social, ha tenido que revocarse el acuerdo, dejando dicho acto para el próximo viernes 25, si como se cree para este día aquellas han sido terminadas.

Sociedad Odontológica de Vizcaya.—En la renovación de la Junta directiva de esta Sociedad, verificada recientemente han sido elegidos los señores siguientes: Presidente, Dr. Edwards; Secretario D. Mario Arregui; Tesorero, D Enrique Laburu; Vocales, D. Leopoldo García Orive y D. José Luis Echave.

Distinción honrosa.—Nuestro querido amigo y compañero D. Jaime D. Losada, ha sido nombrado Miembro corresponsal de la Sociedad Odontológica de la Gran Bretaña.

Le felicitamos muy cordialmente por tan honorable distinción.

Nombramiento.—El estudioso Odontológo, recientemente graduado, Sr. Landete, ha sido nombrado para desempeñar la Clínica de Odontología del Instituto de terapéutica operatoria del Dr. Rubio.

Felicitamos al agraciado pór tan acertada elección

V. Congreso Dental Internacional.—El V. Congreso Dental Internacional tendrá lugar en Berlín en 1909.

Clínica dental del Asilo-Hospital de Torrelavega.—A su debido tiempo dimos cuenta de la creación de una plaza de dentista en el Asilo-Hospital de Torrelavega, para la que fué nombrado nuestro entusiasta compañero Sr. Ruiz Noval.

Dicho señor nos manda una curiosa nota de las operaciones practicadas en dicha clínica desde 1.º del año actual hasta el 31 de Octubre á saber: Enero, 7 extracciones y curación de 2 fistulas; Febrero 9 extracciones y un tratamiento gingival; Marzo 10 extracciones; Abril 6; Mayo 7; Junio 12; Julio 9 y una dilatación de absceso; Agosto 13; Septiembre 15 y Octubre 18 de las primeras y tratamiento y curación de unas ulceraciones bucales.

Teniendo en cuenta la escasa población de dicha ciudad demues-

tran estos datos la utilidad del servicio muy digno de imitación por todos las ayuntamientos y diputaciones, como un medio de socorro al desvalido, y como un medio también excelente de acabar con el intrusismo. Es de advertir que la Junta de dicho Hospital, ha costeado el instrumental necesario para la clínica.

Felicitamos á nuestro compañero por su meritoria labor.

Nueva Sociedad Odontológica.—En Porto Alegre (Brasil) se ha fundado una Sociedad de Odontología con el fin de elevar la profesión desde el punto de vista moral y científico y en la que tienen entrada los Cirujanos-Dentistas diplomados por las Facultades de medicina del Brasil reconocidas por el gobierno, y los diplomados extranjeros habilitados por los establecimientos de enseñanza superior, arriba referidos.

Es su presidente el Dr. H. Riedel y secretario D. Edgar Almeida.

Deseamos á la novel sociedad gran éxito para lograr sus fines.

Nuevo periódico.—Se anuncia á partir de 1.º de Enero próximo la publicación del *Journal de chirurgie bucale et de medécine dentaire*. Aparecerá en New-York y será dirigido por M. A W. Harlan antiguo redactor-jefe del *Dental Review*, con la cooperación de M. L. C. de Roy.

Reciprocidad de títulos académicos.—En la *Gaceta* ha visto la luz el Convenio de reconocimiento mutuo de validez de títulos académicos y de incorporación de estudios, celebrado entre España y Colombia, firmado en Bogotá el 23 de Enero de 1904. Conforme á ese Convenio, los nacionales de ambos países que en cualquiera de los Estados signatarios del mismo hubieren obtenido título ó diploma expedido por la autoridad nacional competente para ejercer profesiones liberales, se tendrán por habilitados para ejercerlas en uno y en otro territorio.

Dentistas alemanes.—La reunión anual de los dentistas alemanes tendrá lugar en Berlín del 12 al 14 del corriente mes.

Consultorios de dentistas.—Medidas plausibles.—La dirección de salubridad de la Provincia de Buenos Aires, dispuso que se practicara una inspeción en los consultorios establecidos en la ciudad de la Plata con objeto de comprobar si dichos establecimientos eran atendidos por dentistas diplomados ó por personas no autorizadas para ejercer la profesión.

La inspección ha comprobado que varios consultorios estaban atendidos por personas no diplomadas, y en consecuencia se adoptarán medidas enérgicas para garantir al público, no permitiendo la continuación de este abuso.

Han sido citadas á comparecer ante la dirección todas las personas que se encuentran comprendidas en la falta antedicha.

LA ODONTOLOGIA

Año XIII | Diciembre 1904 | Número 12.

TRABAJOS ORIGINALES

PERICEMENTITIS Y OSTEO-PERIOSTITIS

por D. MANUEL RAMON PAREJA, de Cartagena (Colombia).

Bajo la primera denominación y con los nombres de periodontitis, periostitis y artritis alveolo-dentaria, conocemos la inflamación de la membrana peridental, llamada también ligamento alveolo-dentario.

Osteo-periostitis, piorrea alveolar, alveolitis infecciosa y gingivitis expulsiva, llamamos á la misma inflamación que degenera en supuración.

Muchos nombres para una misma enfermedad nos parecen innecesarios; la inflamación de la membrana peridental ó ligamento alveolo-dentario, como la llamemos, puede comprenderse fácilmente así: pericementitis, periodontitis, periostitis ó artritis alveolo-dentaria *aguda* ó *crónica;* aguda, cuando la inflamación comienza, no hay supuración y es combatible prontamente; crónica, cuando la afección es durable y necesita de un tratamiento especial, de paciencia y hasta de medios mecánicos como son los aparatos que se construyen llegado el caso, para evitar el movimiento de los dientes y su completa destrucción.

Hemos observado algunos casos de la enfermedad dicha y copiamos enseguida dos notas clínicas.

R. P. de H. Examinado el 14 de Septiembre de 1901.

Síntomas: Dolores agudos en el primer molar inferior izquierdo y caries penetrante, cavidad compuesta y pulpa expuesta.

Diagnóstico: Pulpitis aguda.

Tratamiento: Medicamentos contrairritantes durante tres días. Ninguna mejoría obtenida.—Colocacion de la pasta arsenical para extirpar la pulpa.—Extirpación.—Lavados y desinfección por los medios conocidos.—Mejoría durante unos pocos días, al cabo de los cuales se presentó inflamación alguna

miento y consiguiente aflojamiento del molar, imposibilitando la masticación, dolor intenso, sobre todo bajo las impresiones de frío y de calor y enrojecimiento de la encía, síntomas nuevos que demostraban una *pericementitis*. Nuevo tratamiento; lavados de solución boricada al 4 por 100, mechas desinfectantes en el canal (*aa.* de ácido carbólico y creosota) incisión profunda hasta el hueso y toques con tintura de iodo pura. Continuó el paciente en el mismo estado durante seis días, y cambiamos entonces las mechas por otras de iodoformo y vaselina boricada al 2 por 100, formando con ambos una pasta blanda. Nueva incisión en el punto dicho más arriba y otra hacia la pared interna. Notable mejoría y continuación con este tratamiento otros tres días. Desaparecido el dolor, volviendo el molar á su estado primitivo y permitiendo la masticación resolvimos obturarlo y lo hicimos así: relleno de gutapercha en la porción radicular, y cemento en la coronal. Hemos vuelto á ver al cliente después de tanto tiempo y todo ha marchado bien. Nos resolvimos á obturar definitivamente el molar, haciéndolo con amalgama de plata.

M. T. R. Examinada el 19 de Diciembre de 1903.

Síntomas: Dolor punzante en el diente central superior derecho, orificado en una cavidad próxima al central correspondiente; inflamación en la porción superior de la encía extendiéndose al labio, aflojamiento del diente acompañado de alargamiento.

Diagnóstico: Pericementitis aguda.

Tratamiento: Buches tibios de agua de malva; toques en la encía con la siguiente fórmula:

Tintura de iodo.....	8 gramos,
Tintura de acónito..... } aa.	4 id.
Cloroformo..... }	

Al cabo de cuatro días, con estas prescripciones, hubo mejoría.

Suponiendo que la causa de la inflamación era la muerte de la pulpa, procedimos á abrir el canal, cosa que practicamos por la porción basilar, usando taladros muy finos, con ayuda de la máquina dental. Soportó la paciente la operación con poco dolor. Al penetrar en la cámara pulpar encontramos el tejido en descomposición, hicimos la antisepsia y colocamos una mecha con ácido fénico. Al siguiente día lavamos la cámara con

solución de glicotimoleina al 25 por 100 y con este tratamiento continuamos (á excepción de la mecha que poníamos con esencia de canela), hasta obtener la curación.

Obturación: Pasta de iodoformo con esencia de canela llevada al ápice, gutapercha en el canal hasta cerca de la abertura exterior, en donde colocamos amalgama de plata.

CONFERENCIAS CIENTÍFICAS

DESVITALIZACIÓN INDOLORA DE LA PULPA DENTARIA,

SEGUIDA DE EXTIRPACIÓN Ó DE MOMIFICACIÓN (1)

por D. JOSÉ ZARZOSO, de Requena (Valencia).

No vengo á esta ilustrada Sociedad con la pretensión de exponer originales procedimientos para el fin que encabeza este trabajo, pues desgraciadamente no pertenezco á la clase de astros de luz propia. Joven aún en la ciencia de la Odontología, hasta el presente no he tenido ocasión de conseguir otra cosa que el practicar alguna de las muchas y variadas teorías expuestas por los hombres de la vanguardia profesional. El menos apto, pues, entre todos los que formamos esta naciente Sociedad para exponer algo nuevo soy yo, pero si pobre soy en bagaje científico, en cambio en mí abundan grandes entusiasmos por asimilarme algo útil, y ese algo espero recogerlo de las atinadas rectificaciones que vuestra experiencia y cultura profesional hagan que apunte en mi memoria.

Sentado esto como principio y fiando en que vuestra manifiesta ilustración sabrá dispensarme las faltas ú omisiones que pueda cometer en el orden científico y literario de este trabajo, pasaré á exponeros el sistema terapéutico y quirúrgico, que para el objeto de estas líneas empleo en mi consulta.

La destrucción de la pulpa dentaria, como ya anteriormente os digo, no la practico con ningún procedimiento de mi invención. Los agentes que empleo para ella, y que son el algodón arsenical y el ácido fénico, como igualmente el proceder operativo, me lo recomendó en su viaje á esta capital nuestro querido general en jefe D. Florestán Aguilar, pudiéndoos asegurar que desde entonces lo vengo practicando, sin que en ningún

(1) Memoria leída en la Sociedad Odontológica Valenciana.

caso haya tenido que lamentar el más pequeño dolor en mis clientes. Es más; todo este tiempo de experimentación me ha enseñado, que todós esos dolores que se producen al exponer la pulpa para que esté en contacto directo con el agente destructor (como teóricamente se recomienda); los que se desarrollan durante el proceso de la cauterización; la periostitis apical unas veces, por profundizar la acción mortificante más allá del ápice radicular, y basal otras, por extenderse el cáustico hacia el borde gingival, no obedecen más que á prácticas más ó menos empíricas los primeros, y á la exajerada dósis y falta de cuidado en su aplicación los segundos.

He aquí, pues, el *modus faciendi*, en los casos que esté indicada la desvitalización pulpar.

Con una solución antiséptica tibia, se irriga repetidamente la cavidad atacada por el mecanismo de la caries, hasta tanto quede desembarazada del montón infecto y movible que la llenara. Si la caries no presentara un acceso fácil por donde con libertad pueda hacerse este lavado, como ocurre en las caries mesiales y distales de los premolares y molares, con fresas de esmalte de las más finas primero, y las más gruesas después, se abre una amplia comunicación por el borde correspondiente, transformándolas en corono-distales ó corono-mesiales, pues ya sabéis que la resección del esmalte, guardando intermitencias en las revoluciones de la fresa, con el fin de que el calor desarrollado por ella, no llegue á ser transmitido al órgano central, resulta completamente indolora.

Terminado este trabajo preliminar, se aisla el diente afecto de la acción de la saliva, valiéndose para ello de pequeñas servilletas de un palmo en cuadro, las cuales se doblan en figura de triángulo, y con su base dirigida atrás y se colocan sobre la lengua.

Al nivel del primer molar, entre el carrillo y la encía del lado afecto, se introduce un rollito de algodón absorbente, y de esta forma preparado el medio que rodea al diente, la saliva segregada por las glándulas sub-maxilares y sub-linguales, no pasará por encima de la servilleta, la vertida por el conducto de Stenon, quedará recogida por el rollito de algodón, y los residuos desalojados de la caries en las ulteriores manipulaciones, caerán sobre la servilleta preservando al suelo de la boca de la incomodidad de ellos.

Si por el contrario la operación se verificase en el maxilar inferior, después de doblar la servilleta en triángulo, debe dársele la forma de un cordón arrollándola desde su vértice á la base, y en esta disposición se coloca su parte media por detrás de la muela afecta, quedando sus extremos sujetos, el interior por la punta y borde de la lengua que lo aprietan contra la cara lingual de la arcada dentaria, y el exterior por el carrillo y la encía labial.

Una vez dispuesto el medio operativo en esta forma, se seca la cavidad con dos ó tres torundas de algodón, procurando no hacer presión por si el órgano central estuviese descubierto.

Con fresas esféricas ó con excavadores en forma de cuchara, se quita cuanta dentina sea susceptible sin producir dolor; y acusado éste, se coloca una bolita de algodón empapada de esencia de clavo, se cubre con otra barnizándola fuertemente con sandaraca, y se cita al cliente para el siguiente día.

Con esta primera cura, los nervios sensitivos del órgano central, libres de los cuerpos extraños y de la acción del polimicrobismo y sus toxinas que llenaban la caries, cesan en su acción refleja sobre los nervios. Disminuye el aflujo de sangre, cesando por completo á los pocos minutos la presión que estos vasos distendidos producían sobre los nervios sensitivos, estrujándolos contra las paredes duras de la cámara pulpar, y dando lugar al estado patológico conocido con el nombre de pulpitis.

Si el diente en esta primera sesión, no presentara fenómenos inflamatorios, en este caso debemos empezar por la cura cáustica.

En la segunda sesión, se dispone el campo operativo en las condiciones de aislamiento de la sesión precedente. Se separa la primera cura, colocando en contacto directo con la pulpa, ó por encima de las últimas capas dentinales que la pudieran cubrir, una bolita de algodón arsenical del tamaño de una mediana cabeza de alfiler, humedecida con ácido fénico, se obtura con gutapercha, y se deja esta cura por 48 horas.

Y ahora voy á permitirme ligeros apuntes químico-fisiológicos del arsénico, para de esta manera interpretar fielmente la forma de conducirse en unión con el ácido fénico en sus aplicaciones sobre la pulpa dentaria.

El arsénico es un agente, que, como todos los medicamentos que se aplican sobre los tejidos, es de difícil absorción cuan-

do estos se encuentran congestionados. A dosis no fisiológicas, es sumamente venenoso, y administrado en forma de pomada, en condición pulverulenta ó en disolución á esas mismas dosis, termina por suspender la vida del organismo animal, cualquiera que sea la vía por donde se le administra.

Forma dos ácidos: el ácido arsenioso y el ácido arsénico; el primero conocido con la fórmula (As_3 As O_3) ó mejor dicho su anhidrido (Ets_2 O_3) es el que se emplea como cáustico dentario por excelencia.

En sus aplicaciones sobre las mucosas ó la piel privada de epidermis, produce dolores vivos lascinantes, tumefacción de la parte afecta con erupción simultanea de exantemas pustulosos, terminando por la mortificación de los tejidos, y formando una escara por debajo de la cual se verifica la cicatrización en el espacio de algunos días.

Estos mismos trastornos fisiológicos, son los que se desarrollan en sus aplicaciones sobre la pulpa dentaria, si de antemano no se ha tenido la precaución de preparar la cavidad y pulpa en condiciones de pronta penetración, y además no se le adiciona un agente que como el ácido fénico, sea capaz por sus propiedades isquemiantes y anestésicas de neutralizar las sensitivas tan características del ácido arsenioso.

Cuando no se tienen estas precauciones, no creo absolutamente inverosimil, que antes que este agente desarrolle en todo su grado su condición mortificante, se produzca la extrangulación de la pulpa, en virtud de la congestión persistente, del aumento que en esta ocasiona, y de la inextensibilidad de sus paredes.

Ya sé yo, que esta teoría de la extrangulación, se encuentra de algún tiempo á esta parte algún tanto discutida por eminentes autoridades profesionales, arguyendo éstas para rebatirla, que los tejidos no encerrados en paredas óseas, también se mortifican con su contacto, y que siendo el punto más estrecho del estuche pulpar el foramen apical, en este sitio debía producirse la extrangulación, muriendo por consiguiente en su totalidad y no parcialmente como en muchos casos se manifiesta. Pero entiendo, que en esta como en toda aplicación medicinal, ha de influir en grado sumo el estado anátomo-patológico de los tejidos; y que efectivamente, en casos generales el punto más estrecho corresponde al ápice radicular, en algunos, por fenóme-

nos anatómicos (estrecheces ó aplanamiento de los canales), ó por estados patológicos (depósitos nodulares de dentina, calcificación de los paquetes, etc., etc.), puede corresponder á cualquier otro sitio del estuche pulpar, quedando por lo tanto, en los sitios distantes la sensibilidad que en algunos casos apreciamos.

Concretando, por lo que á la desvitalización se refiere, terminaré con las siguientes conclusiones:

1.ª La muerte de la pulpa se produce, sin necesidad de que el algodón arsenical se encuentre en contacto directo con ella, bastando para ello que la dentina que la cubra, se encuentre relativamente desecada.

2.ª La pulpa debe de estar descongestionada, para que la absorción sea rápida, y esto se consigue con la desinfección de la primera sesión, pues que desinfectar es desinflamar.

3.ª Debe de humedecerse el algodón arsenical con ácido fénico, para que este por su condición isquemiante y anestésica neutralice la hiperhemia y el dolor del primero.

En la tercera sesión, y digo tercera, en el supuesto de que en la primera no hiciéramos la aplicación arsenical, principio por desinfectar el campo operativo dirigiendo fuertes chorros, con la pera cargada de una solución antiséptica, á todos los espacios interdentales; aislo el diente como en las sesiones precedentes y separo la cura cáustica. Con fresas esféricas separo toda la dentina enferma, penetrando á continuación en la cavidad pulpar, obrando con ella de fuera á dentro y de dentro á fuera, hasta tanto quede amputada á la entrada de los canales.

En este interregno, irrigo alguna vez la cavidad con fuertes chorros de la solución antiséptica, volviendo á colocar la servilleta y limpiando la fresa con un cepillo de cerda, que en otra solución desinfectante dispongo de antemano, (pues estoy absolutamente convencido de que los cepillos metálicos colocados en el torno, á más de ser un foco de infección destruyen el corte de las fresas), seco la cavidad con dos ó tres torundas de algodón, y con un Donaldson extirpo el paquete vasculo-nervioso si el diente fuere monoradicular; labo á continuación el canal con disolución de formol al 5 por 100, y después de bien seco con alcohol y aire caliente lo relleno con la pasta siguiente:

Cocaína..... } aa. 1 gramo.
Timol..... }

Mézclese y adiciónesele

Solución de formol al 40 por 100..... 10 gotas.
Oxido de zinc..... 2 gramos.

Hágase pasta.

Si el diente, por el contrario, presentara dos ó más raíces, momifico los paquetes con la misma pasta, colocando en la entrada de los canales una pequeña cantidad después de bien lavada la cavidad con la disolución de formol al 5 por 100 y bien deshidratada con alcohol y aire bien caliente.

Mis experimentos con este sistema terapéutico para la momificación de los paquetes data de hace próximamente tres años. En ese tiempo he obturado por encima de 200 muelas, sin que haya entre todos estos casos tenido ni un solo fracaso. Creo que este tiempo y estos casos no son aún bastantes para asegurar el éxito de este tratamiento y proclamarlo como absolutamente infalible; pero asi como yo sumo estos 200 casos, á los 500 que presentó el autor de este sistema momificante, doctor Bonnechen, en el año 1899, en una Memoria publicada en La Odontología debéis vosotros de tomaros el trabajo de ensayarlo, pues me consta, por impresiones cambiadas con otros compañeros durante la celebración del último Congreso Internacional de Medicina, que ellos pueden completar con sus resultados una suma que está muy por encima de la arriba antes mencionada.

Desde luego que si de antemano supiéramos que los paquetes iban á ser en su totalidad extraídos, como ocurre en los dientes de una sola raíz, el mejor de todos los tratamientos sería la extirpación completa; pero bien sabéis que unas veces la tortuosidad y aplanamiento de estos canales, otras los nodulos dentinales, y algunas la sensibilidad de determinadas porciones de ellos, concluyen en buen número de casos con la paciencia del operado y del operador, teniéndose que acudir entonces al tratamiento momificante de los restos pulpares que queden, tal vez con menos probabilidades de éxito que antes de toda tentativa de extracción.

Concluyo reclamándoos otra vez vuestra benevolencia para conmigo, quedando disculpado mi atrevimiento con el deseo de que vuestras observaciones me han de hacer apuntar algo útil que complete ó modifique mi trabajo.

Estudio sobre anestésicos locales en Odontología. (1)

por D. TIRSO PÉREZ

(Conclusión.)

Acoína.—La acoína (clorhidrato de di-para-anisil-mono-para-fenitil-guanadina) es un polvo blanco, inodoro y cristalino, fácilmente soluble en alcohol é insoluble en el éter.

El agua á temperatura de 17° disuélvese un 6 por 100 de acoína; doy esta definición de sus componentes, lo que no he hecho antes con otros anestésicos por ser este alcaloide relativamente moderno y muy poco conocido.

Algunos doctores han hecho estudios comparativos de esta substancia el año anterior, entre ellos el Dr. Spindler, de San Petersburgo; demostrando la superior eficacia anestésica en cuanto á su duración según el siguiente estado:

Con cocaína	10 á 15 minutos.
Tropo-cocaína	10 á 15 »
Eucaina B	10 á 12 »
Acoína	45 á 50 »

La diferencial de estabilidad es grande, sin embargo estos ensayos han debido ser hechos fuera de la boca, y á nosotros lo que nos compete é interesa es en la región que vamos á operar. Se indica su uso contra la odontalgia aplicando el polvo directamente sobre la caries antes limpia y después tapada con gutapercha; algunos casos favorables registramos en nuestro balance. El Dr. Rakowski, médico dentista de Varsovia, indica la fórmula siguiente para la composición arsenical que tan corrientemente usamos supliendo el fenol y la creosota, porque entorpecen la acción del arsénico por la formación de costras y que puede prescribirse:

Acoína	2 gramos.
Agua destilada	C. S.
Disuélvase y añádase:	
Acido arsenioso	1 gramo.
Polvo de cobalto	1 »
Glicerina	50 centigramos.

Dicho doctor está conforme en que sobrevienen algunas in-

(1) Véase nuestro número de Noviembre.

flamaciones algunas veces aunque indoloras, sobre todo cuando existe periodontitis.

Una de las fórmulas equivalentes al uso de la cocaína al 5 por 100, pero eliminado el trastorno nervioso que esta puede producir, es la siguiente:

Acoína	50 centigramos.
Clorhidrato de cocaína	50 »
Cloruro sódico	80 »
Fenol	20 »
Agua destilada	100 gramos.

Disuelvase en frio.

Mis experiencias sobre este alcaloide datan desde el día 16 de Junio de 1902, y desde esta fecha arranca la estadística adjunta:

Operaciones practicadas	530
Distribuídas en la forma siguiente:	
Centrales	7
Laterales	13
Caninos	9
Primeros bicúspides	19
Segundos ídem	42
Primeros molares	120
Segundos ídem	77
Terceros ídem	54
Raigones sin definir	189
TOTAL	530

Principié á usar este producto al 2 por 100 simplemente disuelto en agua hervida dejada enfriar; después modifiqué la fórmula al 1 por 100 con la adición del cloruro en esta forma:

Acoina	5 decigramos.
Agua hervida	50 gramos.
Cloruro de sodio	40 centigramos.

M. en frio

Hoy sustituyo el agua hervida por el agua destilada según la teoría expuesta por el Dr. Liebrich y parece ser de más eficacia.

También la he usado al 2 por 100 en esta forma:

Acoína	1 gramo.
Cloruro de sodio	60 centigramos.
Agua destilada	50 gramos.

Mézclese en frío primero, disuélvase el cloruro sódico, después échese la acoína y agítese de vez en cuando la mezcla.

Siempre es conveniente calentar algo la solución antes de inyectarla y para esto nada mejor que echar en una cucharilla de plata el contenido á inyectar y tenerlo un momento sobre la llama de la lamparilla de alcohol que solemos tener en nuestras mesillas del sillón de operar.

En nuestra práctica hemos usado indistintamente la cuarta parte mitad ó entera de la jeringa, según vemos la necesidad de la operación y según la zona más ó menos extensa que deseamos anestesiar. Nunca deben hacerse soluciones concentradas al 3 por 100, pues determinan necrosis ni tampoco son necesarias; las soluciones débiles está probado que producen el efecto deseado.

La diferencia de proporción de acoína del 1 al 2 por 100 tampoco influye en su acción anestésica, sino al tiempo de su anestesibilidad. Muchas veces produce sensación de quemadura en la zona infiltrada; cuando sucede esto la anestesia es más profunda y el dolor producido por la inyección es pasajero; debo advertir, repitiendo tal vez, que no me refiero más que á operaciones hechas sobre las regiones gingivales, es de notar en este preparado la propiedad altamente beneficiosa (que otras drogas no acusan como la cocaína, eucaína, etc.), que después de las operaciones acusan los pacientes un bienestar apacible, no apareciendo dolores consecutivos; jamás he observado tampoco, á pesar de sus numerosas aplicaciones, ningún síncope ni pérdida de conocimiento después de haber inyectado muchas veces más de 3 gramos de solución al 1 por 100 y en una sola sesión; en cambio registramos el *eterno edema* que nos hace pensar si los inventores alemanes se han propuesto investigar las causas de las inflamaciones. En efecto, los edemas producidos por este agente nos hace recordar los causados por la eucaína, causa primordial de su ruina y desaparición de la terapéutica en acción; no es general este accidente y esto ya constituye una satisfacción, pero se producen con relativa frecuencia y duran de 24 á 36 horas alarmando á veces á los pacientes, aunque no ofrecen peligro alguno. Estas causas, producidas después de las extracciones con anestesia local, me han sugerido varias reflexiones que pongo á vuestra consideración para no cargar así de golpe á los que procuran proveernos de substancias con el fin de hacer operaciones indoloras.

Tres motivos pueden ser objeto de tales tumefacciones: 1.°,

infiltración de la substancia sub-epidérmica; 2.°, consecuencia del ingrediente empleado; 3.°, afección que viene en germen y luego desarrolla.

Sobre el primero podemos á veces prevenirnos, el segundo ya es más difícil como no sea por experimentación clínica, y el tercero es digno de fijar nuestra atención. Efectivamente, tenemos que tener presente que muchas veces vienen á nosotros los pacientes en pleno período de evolución edematosa, aunque aparentemente no lo observemos y la flegmasía sigue su curso á pesar de haber quitado la causa que la producía, siempre como es natural con menos violencia que de haber permanecido el corroído diente ó raigón que la originaba; en este caso podríamos cargar al producto empleado un defecto que ni por lo más remoto tiene relación alguna, de forma que antes de juzgar debemos cerciorarnos bien si la inflamación consecutiva á la extracción es causa de un proceso patológico en embrión ó es del producto empleado, infiltración sub-epidérmica, infección del instrumental, etc., etc. Es de notar que en algunos individuos, á pesar del abuso de inyecciones y en días correlativos para hacer 18 ó 20 extracciones no se hayan presentado tumefacciones; esta idiosincrasia especial, esta diferencial de efectos de algunos sujetos producidos por el mismo agente, me hacen afirmar en la idea de que no existe producto que sea uniforme en su acción á todas las naturalezas ni aún en las mismas personas en determinado tiempo, como hemos dicho antes.

Las preparaciones de acoína se deben tener en frascos azules con tapón esmerilado, uno grande de cabida 60 gramos á 100 y otro más pequeño para el uso corriente con boca ancha. En el primero se prepara el conjunto lavando antes el mismo con una solución de ácido clorhídrico y después con agua destilada. Las reacciones alcalinas perjudican mucho á este producto.

La acoína ya preparada puede permanecer mucho tiempo sin alterarse, teniendo la precaución de hacerlo como indicamos. Cuando pasemos el contenido del frasco grande al chico, se procederá del modo siguiente: se vierte sobre un platillo previamente esterilizado lo que se calcule para llenar el segundo, sobre el líquido se coloca un trocito de algodón aséptico, se aplica la jeringuilla sin cánula sobre el algodón y se va absorbiendo ya filtrado lo que se desea para llenar el frasquito pequeño, teniéndolo así dispuesto para el uso corriente.

Este agente lleva consigo también un detalle económico digno de mención. Se vende por cajas de diez botecitos que contienen cada uno cinco decígramos de acoína; la caja cuesta 10 pesetas 50 céntimos, resultando cada bote á 1 peseta 5 céntimos, de forma que haciendo la solución al 1 por 100 tenemos 50 gramos preparados que representan otras tantas extracciones y saliendo por lo tanto cada operación por 2 céntimos de peseta que resulta en estos calamitosos tiempos que atravesamos un problema económico y asimilable á muchos comprofesores.

Bajo este punto de vista no hay anestésico que le supere.

Veamos ahora las desventajas de este producto según la clínica me ha puesto de relieve.

1.° La preparación produce un sedimento filamentoso á pesar de todas las precauciones indicadas en las instrucciones que dan para su uso.

2.° Produce edemas, aunque pasajeros é indoloros en bastantes ocasiones.

3.° Desarrolla un gusto desagradable é ingrato de amargor difícil de disimular con los enjuagues ordinarios, y aunque esta propiedad es general de casi todos los alcaloides, en este es más exagerado que en otros.

Las ventajas que tiene son las siguientes:

1.° Es un agente anestésico local de primer orden y produce una insensibilidad efectiva en la región donde se aplica.

2.° No es tóxico á la dosis de 2 por 100 de solución.

3.° Se pueden aplicar varias inyecciones consecutivas sin producir efectos funestos.

4.° No se alteran sus propiedades aunque la preparación sea antigua.

5.° En el estado general del individuo después de varias aplicaciones de este producto no se han observado ni desmayos, vértigos ó pérdidas de conocimiento.

6.° En la región donde se inyecta no se forman escaras ni hay mortificación del tejido, así como irritación de ninguna clase.

7.° Un bienestar agradable acusan los pacientes después de operados con este producto.

Examinados los anestésicos bajo todos sus aspectos, resulta de este estudio el siguiente problema que pongo á contribución en nombre de la ciencia dental:

Para los químicos.—Condiciones que debe tener el anesté-

1.° El efecto anestésico de la cocaína al 5 por 100.

2.° Que no sea tóxico en cantidad de tres gramos de solución.

3.° Que no sea escarótico.

4.° Que no produzca edemas ni sea irritante.

5.° Que las soluciones del producto no pierdan su virtud ni por el tiempo ni por el clima.

6.° Que no sea hiperémico, más bien isquémico.

7.° y último. Que no tenga mal sabor y su olor sea grato.

Tal vez se considere exagerada la petición, pero considerando los portentosos descubrimientos de la química en estos últimos años, por un lado, y considerando que otros problemas más transcendentales se han resuelto, y estando dentro de la época de la *adrenalina,* producto que tal vez fuera considerado de más difícil realización y sin embargo es un hecho; este que deseamos tal vez algún día no lejano nos lo presenten para bien de la humanidad, en cuyo nombre hacemos la petición á satisfacción de nuestros nobles deseos.

Procedimiento y práctica de los anestésicos.—Es natural que todo nuestro instrumental lo tengamos siempre aséptico y bajo este supuesto al disponerse el dentista á operar, la primera parte será pasar por la llama de la lamparilla la punta de la cánula ó aguja que va á usar poniéndola al rojo; esterilizada ésta, se coge del anestésico la cantidad necesaria y se inyectan algunas gotas por tres puntos labiales y otros tantos palatinales ó linguales, reglas estas que son aplicables á todos los anestésicos locales que usamos, excepto en la espera que en unos son de dos á tres minutos, en otros operar inmediatamente después y en otros aguardar de cinco á seis, según el siguiente cuadro: (Véase la página siguiente).

No me parece mal repetir que la limpieza y esterilización del campo operatorio son medios coadyuvantes al éxito de nuestro proceder, siendo estas indispensables precauciones que nunca debe olvidar el práctico para evitar esa puerta de entrada microbiana que algunos achacan al pinchazo.

La anestesia por infiltración no es aplicable en odontología, y debe inyectarse siempre gota á gota repartiendo el anestésico como hemos dicho antes.

Tenemos que tener presente siempre la clase de tejidos que rodean al diente, así que las agujas serán finas, de pico corto y afilado.

Duración de la analgesia en los anestésicos más en uso.

Cuerpos empleados.	TIEMPO QUE tarda en producirse	Tèrmino de acción
Cloruro de etilo. . . .	De 1 á 2 minutos	A los 2 minutos.
Cocaína	» 5 á 6 »	. De 15 á 20 íd.
Acoína.	» 3 á 5 »	. De 20 á 30 íd.
Benesol.	» 4 á 5 »	. De 15 á 20 íd.
$H.^2 O.$ (Protóxido de hidrógeno)	1 minuto .	. De 1 á 2 íd.

Algunos creen erróneamente que es lo mismo inyectar en cualquier parte del cuerpo que en el tejido fibro-gingival, y no es así, pues necesita este procedimiento una práctica grande y haber visto operar, por eso hay muchos que las anestesias no les dan resultado, abandonando este precioso recurso de operatoria por insuficiencia personal. Hoy va siendo más difícil que así suceda por la universalidad que existe entre profesores y la confraternidad reinante, teniendo gran complacencia en contestar y enseñar cuando alguno ignora un detalle, no considerándose este deseo como deficiencia del profesor, sino al contrario, como avanzado en saber. Al *misterio* y al *secreto* profesional han sucedido las Sociedades y los Congresos, que arrojando sobre estas ideas anticuadas todo el lastre científico que pletóricamente siempre tienen estos certámenes, los confundieron en el abismo para no aparecer jamás.

Algunos proceden á inyectar partiendo de la zona blanquecina formada por la primera aplicación; este procedimiento, si bien es bueno en el sentido que los demás pinchazos son indoloros, dejan regiones laterales sin el poder anestésico deseado.

Sea cualquiera el agente empleado, la impulsión dada al mismo hace que se retire la sangre de aquel sitio, resultando de este acto la parálisis de los nervios por la privación de este elemento; para comprobar esta teoría, basta observar también el efecto anestésico de la adrenalina. Si algunos preparados químicos isquémicos no fueran escaróticos, serían anestésicos locales imponderables.

Después que se ha hecho la inyección ó inyecciones, que se procurará que sea efectiva, conociéndose este resultado por la zona blanca que aparece, se emplea el tiempo que se ha de dejar pasar, en lavar la jeringuilla primero sin cánula, haciéndole pasar agua esterilizada por la misma sobre el lavabo, y después tres ó cuatro veces con la cánula puesta; acto continuo se coloca el hilo metálico en su interior. Tiene por objeto este proceder, sobre todo la limpieza, y luego el evitar que se obturen las agujas, pues las sales que quedan en su interior se petrifican, inutilizándose para su uso; considero útiles estos consejos en atención á que hay muchos abandonados.

Antes de dar por terminado mi modesto trabajo, daré á conocer el siguiente cuadro que me ha sugerido la práctica sobre anestésicos:

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS

Mecánicos.....	Respiración forzada y frecuente. Compresión de las arterias y vasos.
Físicos.....	Frio, electricidad, aire.
Químicos.....	Preparaciones farmacéuticas (fórmulas). Tóxicas: cocaína y sus similares. No tóxicas ó inócuas: agua, aceite.
Psíquicos.....	Sugestión.

Ahora para terminar diré, que como no tengo criterio cerrado para ningún producto y penetrado de la verdad inconcusa de que todos los preparados químicos tienen sus ventajas é inconvenientes y teniendo también presente el importante papel que desempeña el organismo humano según al principio decimos, hago uso según mis facultades é impresiones del caso sometido á mi pericia de varios productos indistintamente.

Para las operaciones sencillas y fáciles $H.^2 O$. *Cloruro de etilo*.

Para las operaciones corrientes y complicadas: *benesol, acoína* y *cocaína;* esta última combinada con la *adrenalina*.

Por el estudio que habéis tenido la paciencia de oir, podéis apreciar mejor la determinación del compañero que al contribuir con su labor al progreso de la odontología patria, no ha

hecho más que decir tal vez lo que todos tenéis olvidado, pero á pesar de esto que serviría quizá de recuerdo, seguro estoy que algo habéis de aprovechar de estas mal coordinadas líneas.

La crítica que hagais de mis observaciones ilustrarán el conjunto y aclararán lo confuso, eso espero yo. También tengo la evidencia de que vuestras objeciones suplirán mi deficiencia é interesarán más al profesorado y al exponente de estas teorías, que sometido queda á vuestro juicio.

OBTURACIONES DE PORCELANA (1)

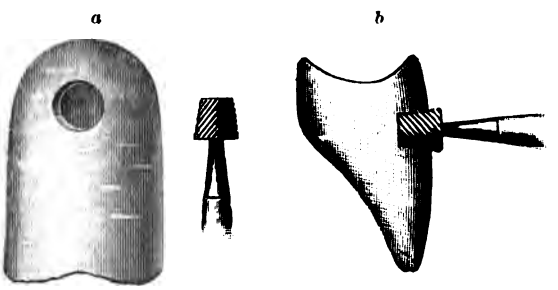
NUEVO MÉTODO DE OBTURACIONES CENTRALES Y NO CENTRALES POR MEDIO DE BLOQUES DE PORCELANA DE FORMA CÓNICA

por ALFREDO GUTTMANN (Potsdam).

(Continuación).

Construcción de las incrustaciones redondas de porcelana tallada.—La idea fundamental de las obturaciones de porcelana tallada es *el empleo de incrustaciones redondas talladas que nos-*

Fig. 34



a. vista de frente de la cavidad b. vista de costado de la cavidad.

otros mismos construímos, tomándolas de conos redondos de porcelana y destinadas á obturar cavidades centrales y también las no centrales.

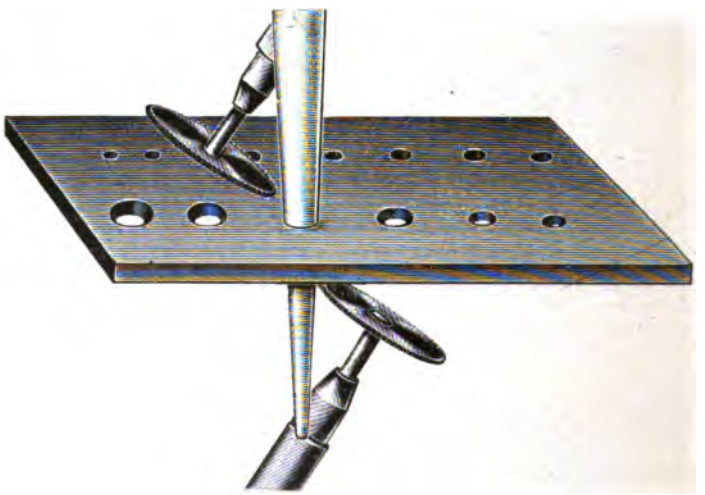
Para obturaciones centrales no es esta una idea nueva. Hemos visto como *Linderer* (usando distinto material), *How*, *Sachs* y especialmente *Dall* se han ocupado de las obturaciones de

(1) Véase nuestro número de Noviembre.

esta clase. De aquí que yo diga que las obturaciones *centrales* no son cosa nueva, pero es en parte una modificación de procedimientos conocidos, y en parte nuevos. Si comparamos la construcción por los procedimientos hasta aquí empleados, con los recomendados por mí, puede oberservarse una gran simplificación y facilidad en favor de la construcción de las incrustaciones redondas de porcelana tallada y en contra de las obturaciones *centrales* ordinarias.

El caso es diferente tratándose de obturaciones no *centrales*.

Fig. 35.



Rollo de porcelana torneado, insertado en el Calibrador; demuestra como se utilizan las ruedas de diamante cuando no se marcan con lápiz.

Hasta el presente esto no podía hacerse empleando bloques redondos de porcelana. Pero, por el método que más adelante se describe ampliamente, puede verse que esto es perfectamente posible y tan satisfactoriamente, que yo he colocado muchas más incrustaciones no centrales que centrales. Las obturaciones *no centrales* se construyen con los mismos rollos de porcelana que las *centrales*, siendo la preparación de las incrustaciones la misma en ambos casos; solo varía la preparación de la cavidad.

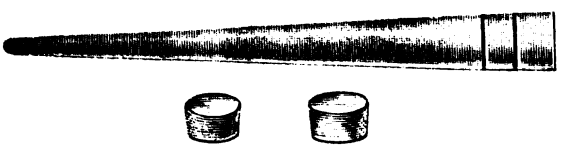
El calibre de la fresa últimamente empleada indica el de la incrustación, pues el tamaño de la cavidad debe corresponder exactamente con la fresa. La porción de la fresa, que durante el proceso de la preparación queda por fuera de la cavidad, re-

presenta la parte del bloque de porcelana que, una vez hecha la incrustación y colocada, debe quedar por fuera de la cavidad. Esta porción, después de cementada la incrustación, debe cortarse ó rebajarse como sobrante.

La fresa últimamente usada se inserta en el orificio correspondiente del calibrador; cuando se quita se coloca un rollo de porcelana de color exacto al diente que deseamos obturar, enel mismo orificio que ocupó la fresa.

Se marca con un lapiz, muy junto por debajo del calibrador; y algunos milímetros más ó menos alto, por encima; según la altura necesaria que ha de darse á la incrustación y el lugar por donde ha de ser recortado el bloque de porcelana. Se

Fig. 36.



Rollo de porcelana torneado y dos incrustaciones.

saca el royo del calibrador y se practica un surco con una rueda de diamante, siguiendo cuidadosamente las marcas de lapiz.

Algunos prácticos expertos desdeñan el uso de marcas de lapiz, y marcan directamente con la rueda de diamante, mientras el rollo de porcelana se encuentra aún en el calibrador, como se ve en la fig. 35.

Al proceder de este modo es necesario tener mucho cuidado de no estropear el calibrador con las ruedas de diamante, ó de lo contrario quedaría bien pronto inservible.

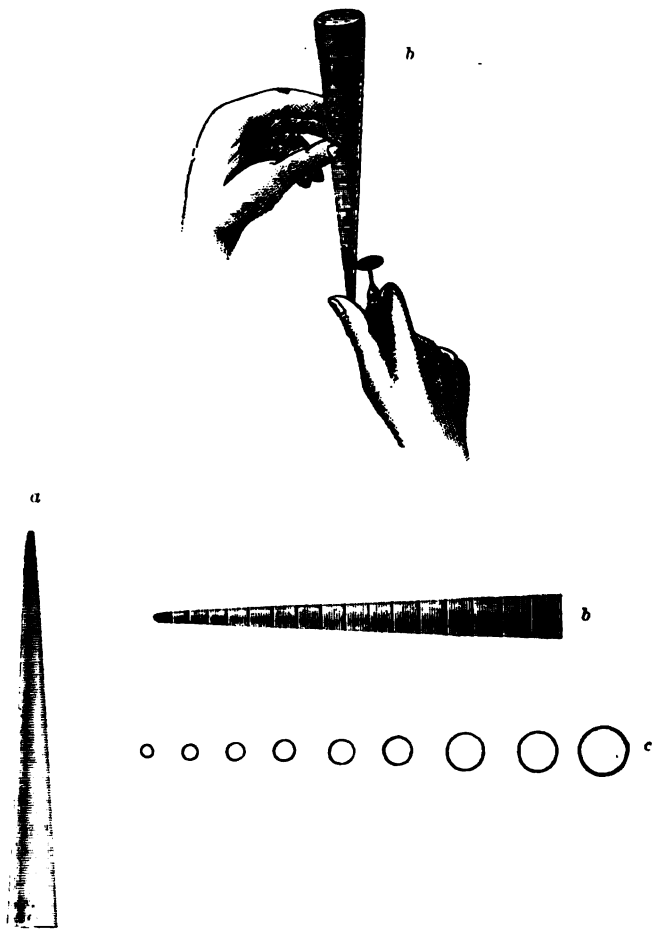
Después de retirar el rollo de porcelana del calibrador se profundiza el corte todo alrededor con la rueda de diamante, siguiendo exactamente los trazos marcados de tal modo que podamos, excepto en la parte más espesa ó voluminosa del rollo, quebrar ó separar del resto la parte indicada, con una muy ligera presión entre los dedos.

Cuando se trate de una incrustación grande ó sea cuando el bloque que se ha de cortar corresponda á la parte más voluminosa del rollo, deberemos marcar más profundamente con las

ruedas de diamante, y utilizar para separar las partes el forceps cortante.

En todo caso nunca serán bastante recomendadas las marcas profundas con las ruedas, porque de lo contrario se hace

Fig. 37.



Rodillo de porcelana; *bb*. rollos marcados con el disco de diamante; *c*. incrustaciones ya cortadas del rollo.

necesario ejercer demasiado esfuerzo con el forceps y por consiguiente y con facilidad los bordes del corte resultarían desiguales é imperfectos.

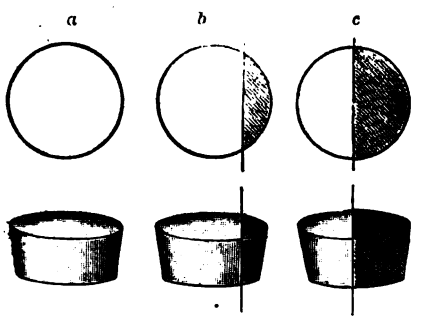
Una vez separado el bloque sea por presión sea por corte te-

nemos una incrustación redonda de porcelana de exacto ajuste y lista para insertar (véase fig. 36.)

Las dos restantes porciones del rollo de porcelana del que se ha recortado el bloque mencionado, no por eso quedan inservibles, sino que se guardan para recortar otras incrustaciones del mismo color mayores ó menores que la utilizada, cuando se presente la ocasión. También se puede dividir de una vez estas porciones restantes en piezas diferentes, formándonos así una colección ó surtido de incrustaciones que guardamos clasificadamente en las cajitas de celuloide que acompañan al juego de instrumentos de nuestro sistema.

El método es apreciable en la fig. 37. Tomamos el estremo

Fig. 38.



Incrustaciones para cavidades; *a*. Central; *b*. casi central; *c*. no central

más grueso del rollo de porcelana entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, apoyando el extremo contrario contra el pulgar de la mano derecha, sosteniendo al propio tiempo con esta mano la pieza de mano del torno operativo con la rueda de diamante montada en ella. Aplicamos la rueda de diamante bien humedecida contra el rollo, mientras con la mano izquierda le hacemos girar lentamente, trazando de este modo un surco todo á su alrededor.

Trasladamos el disco de diamante un espacio de dos ó tres milímetros más arriba volviendo á hacer girar el rollo y funcionar el disco, y así sucesivamente hasta haber marcado con surcos profundos y paralelos toda su longitud. Entonces el rollo es dividido en partes ya por medio de la presión de los dedos ó por medio del forceps cortante. Estas piezas, finalmente son pulimentadas y suavizadas en su base más pequeña; no siendo

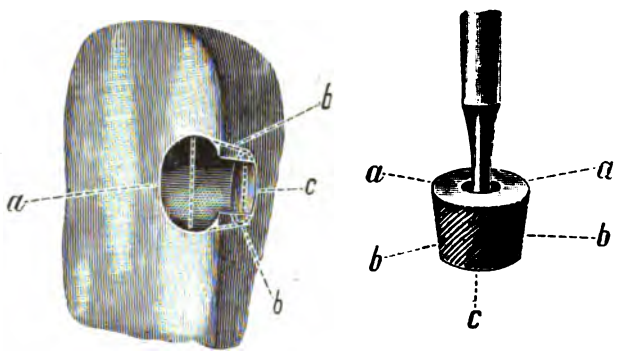
necesario hacerlo en su base mayor porque, en todo caso, ha de serlo una vez la incrustación cementada en su lugar en la cavidad.

Es conveniente no recortar todas las piezas del mismo tamaño sino de variadas alturas.

Por este procedimiento, podemos en pocas horas poseer una colección de cientos de incrustaciones de todos tamaños y colores.

Estas incrustaciones redondas, como ya hemos dicho al comenzar, pueden usarse para las cavidades centrales así como también para las casi-centrales y las no centrales. Convertimos una incrustación central en una no central ó casi central,

Fig. 39.



a. borde de unión en la superficie del diente; *bb*. el mismo en las líneas divergentes laterales; *c*. el mismo en las líneas rectas de base.

rebajando de la circular perfecta ó central tanta parte cuanta sea necesaria en cada cavidad particular (véase fig. 38). La parte sombreada representa la parte que se rebaja.

En las incrustaciones casi centrales y no centrales debe tenerse sumo cuidado que la base ó fondo de la incrustación esté tallada en perfecta línea recta, ó en otros términos sea perfectamente plana, con las centrales este cuidado no es tan necesario, porque su base queda oculta en el interior de la cavidad.

En las incrustaciones casi centrales y no centrales. necesitamos reconstruir cavidades laterales, y la base forma parte visible en el cuerpo de la incrustación y por consiguiente, si la unión en los bordes laterales ha de ser perfecta, deben unirse tan exactamente como los demás bordes.

Tenemos por consiguiente en las incrustaciones casi centrales y no centrales, que tener presente la perfecta unión:

1.° En la superficie del diente (fig. 39 *a*) cuyos bordes son producidos por la redondez de la fresa.

2.° En las líneas divergentes laterales *bb*, causadas por la forma cónica de la fresa; y

3.° En la línea recta de base *c*, creada por la cabeza ó base plana de la fresa.

Complicado como parece esto, es en realidad muy sencillo, porque los rollos de porcelana afectan exactamente el mismo ángulo cónico que las mismas fresas, quedándonos únicamente el cuidado de que la base sea tallada bien plana; si al recortar y separar del rollo de porcelana no ha habido equivocación, los bordes resultantes deben también ajustar exactamente.

Descripto precedentemente todo lo que de común tienen las obturaciones centrales, casi centrales y no centrales, en cuanto á su construcción, á saber la formación del bloque ó incrustación examinaremos ahora el proceso completo de cada una de las tres clases.

Obturaciones centrales de porcelana.—Es decir, una obturación cuyos bordes describen un círculo completo, y que se hallan rodeados circularmente por la dentina.

Preparación de la cavidad.—Supongamos que se trate de un incisivo (fig. 40), que sufre una caries en su cara labial, y que hemos de obturar con una incrustación de porcelana.

Como la caries se encuentra completamente rodeada de dentina, nos hallamos en presencia de un caso de obturación central.

En la obturacion central empezamos por la preparación de la cavidad en su centro y desde allí vamos avanzando hacia los bordes, donde, al remover las mayores irregularidades, debemos recordar siempre que la forma final que deseamos darle es la redonda.

Al comienzo, para quitar la parte enferma empleamos fresas ordinarias más bien esféricas ó forma de pera, porque con estas no hay tanto riesgo de causar intencionados surcos, que no deben hacerse hasta el completo término de la preparación de la cavidad.

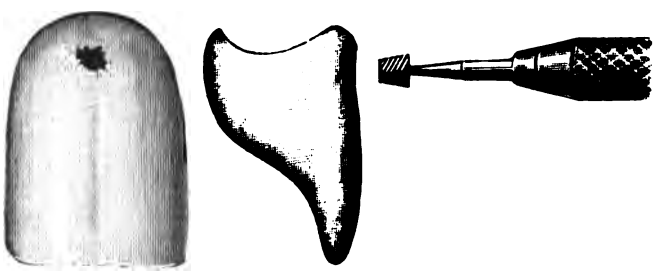
Cuando toda la porción enferma ha sido removida y la cavidad presenta aproximadamente la forma redonda y la pro-

fundidad necesaria, comenzamos la verdadera preparación con las fresas cónicas.

Tomamos primero una fresa cónica, pequeña que entre tan cómodadamente en la cavidad, que su rotación sea muy suave y al mismo tiempo pueda moverse de lado á lado y podamos también dar al fondo de la cavidad una forma adecuada y á los bordes irlos aproximando á la forma circular.

Por grados vamos aumentando el tamaño de las fresas, hasta que finalmente, la última fresa por su base más pequeña entra muy justa en la cavidad. Con esta última fresa, todo movimiento circular ó presión lateral debe cuidadosamente evitarse; debe, en tanto sea posible, introducirse en la cavidad en ángulo recto con la superficie del diente (véase fig. 40.) Para hacerlo así es conveniente atender más á la posición de la pieza

Fig. 40.



Diente con una caries central favorable para una incrustación redonda.

de mano con relación al diente, que á la fresa misma, porque la pieza de mano representa la prolongación de la fresa y hace más sensible á nuestra vista cualquier desviación del ángulo recto, mientras que si solo atendemos á la fresa podemos muy fácilmente equivocarnos. Tras muy pocas rotaciones, se saca rápidamente la fresa.

Cualquier presión lateral, cualquier posición oblícua, como ya se ha dicho, debe evitarse, ó de lo contrario, la forma circular de los bordes de la cavidad, queda falseada.

La fresa debe sacarse tan prontamente como sea posible porque no podemos mantener exactamente su posición central por largo tiempo; la pérdida de esta posición central es causa no solo de que resulte la cavidad mayor que la fresa, sino que

por los inciertos movimientos de ésta la forma circular de la cavidad no es exacta.

Si la preparación de la cavidad ha sido perfecta, es inútil decir que la incrustación y la cavidad serán perfectas, y por esta razón debemos poner un cuidado extremado en la preparación de ella.

Aún considerando que todos los requisitos han sido completamente observados, debemos convencernos por medio de un lente de aumento de que realmente es así.

Si descubrimos algún pequeño defecto, como, por ejemplo,

Fig. 41.

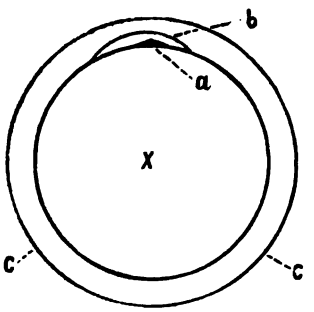


Diagrama que representa como la forma circular de la cavidad puede ser alterada tratando de corregir un pequeño defecto en *a*.

un pequeño desconchado del esmalte en el borde, ó alguna pequeña desviación de la forma circular, no deberemos como en las obturaciones de porcelana fundida y en otras clases de obturaciones, simplemente corregir el defecto por medio de las piedras de acabar ó de Arkansas, sino que cambiaremos totalmente el borde usando la fresa del tamaño siguiente, formando así un nuevo borde.

Si solo corrigiéramos el defecto, como en otros procedimientos de obturar, haríamos la falta mayor en lugar de remediarla; la cavidad perdería su forma circular, y el ajuste habría de alcanzar á una mayor parte, que lo sería, si no se hubiera correguido en tal forma.

Supongamos que el círculo *x*, represente la cavidad preparada y que en *a* resultara un defecto del esmalte. Si lo corregimos quitando el mal solo en su lugar, como indica la curva *b*. el defecto se hace visiblemente mayor.

El defecto deberá corregirse formando un nuevo reborde *c* por medio de una fresa cónica del tamaño inmediato.

Cuando ya la cavidad se encuentra perfectamente preparada y sin defecto alguno, procedemos á elegir el color.

Elección del color.—Tan difícil é incierto como es en las obturaciones de porcelana fundida obtener el color justo y conveniente, es sencillo y cierto en las obturaciones de porcelana torneada y tallada. El color de los dientes naturales varía según que estén mojados ó secos, pero el color de la porcelana no varía exactamente en la misma proporción. Por consiguiente es conveniente al elegir el color del rollo de porcelana, humedecerlo y colocarlo junto al diente natural que en la boca se halla mojado por la saliva.

(Se continuará).

BREVES CONSIDERACIONES

sobre dos nuevos casos de cordales implantadas profundamente en el maxilar inferior.

por el Dr. D. NICASIO ETCHEPAREBORDA (1)

Hace dos años publiqué en *L'Odontologie*, de París, la historia de una muela del juicio inclusa en la parte superior de la rama de la mandíbula inferior que había ocasionado una enfermedad muy larga y molesta y sobre cuya naturaleza se habían hecho los más contradictorios diagnósticos.

Dije entonces que el caso sugería consideraciones del más alto interés práctico é hice al respecto algunas reflexiones que creo oportuno recordar.

Vemos desde luego, decía, á un diente encerrado en el maxilar y completamente rodeado de tejido óseo, provocar serios accidentes de carácter inflamatorio. Sin embargo, hasta hoy se ha admitido que era indispensable para que estos accidentes se produjesen, que la muela del juicio se pusiera en contacto con el medio bucal. Estas ideas, sostenidas desde hace años con calor y convicción, son inexactas. Nuestro caso lo prueba de un modo innegable.

Esta tesis se apoyaba en los diferentes casos de muelas del

(1) Comunicación presentada al II Congreso médico latino-americano.

juicio inclusas y especialmente en los de Sanders y Marshall, que habían pasado inapercibidas durante toda la vida, y que figuran como hallazgo de autopsias.

¿Qué sucede con los gérmenes de los molares del juicio que no hacen erupción? La respuesta á esta cuestión la dió una alta autoridad ante una sociedad científica: «Esos gérmenes desaparecen atrofiados por compresión». Sin embargo, los casos, de día en día más numerosos de muelas del juicio que hacen erupción á una avanzada edad de la vida, contradicen esa opinión y nuevas investigaciones se imponen para resolver definitivamente este punto.

Con los progresos de la técnica radioscópica, se podrá tal vez descubrir un gran número de molares de juicio de silenciosa evolución. Este conocimiento evitará muchísimos errores.

Estaba muy lejos de suponer al escribir aquellas líneas que habría de ver ratificadas tan pronto las ideas que emitía con la observación de nuevos casos en igualdad de condiciones patológicas.

No pude en aquella ocasión obtener, á pesar de haberlo intentado repetidas veces, una radiografía de manera á no dejar la menor duda de las conclusiones que avanzaban en el ánimo de mis lectores.

He sido ahora más feliz y tengo lá copia fiel de la posición de dos molares anómalos que han producido trastornos graves en sujetos de edad avanzada.

No voy á ocuparme de hacer su historia. No olvido que estoy delante de un auditorio ilustrado y que conoce las múltiples formas de las manifestaciones patológicas de la evolución anormal del tercer molar. Deseo, sí, hacer presente la importantísima ayuda que hoy día nos presta la radioscopia para diagnósticos de esta clase, y también quiero insistir en afirmar que no es necesario que los molares del juicio se pongan en contacto con el medio bucal para que den lugar á accidentes.

Las datos que presento pertenecen á dos personas que han sufrido lesiones patológicas idénticas. Debe tenerse en cuenta la espesa capa de tejido óseo que separa al tercer molar, de la cavidad bucal, de manera que si se las hubiese buscado por la boca á través de la mucosa con un instrumento explorador, no se las habría alcanzado.

Un caso corresponde á una enferma de 38 años de edad,

que me fué presentada á principios del año próximo pasado por mi distinguido Jefe de clínica Sr. D. Francisco Díez Ybeas.

Hacía cinco años que esta mujer sufría inflamaciones periódicas con evacuación de pus por trayectos fistulosos en el ángulo derecho del maxilar inferior. Tenía también desde varios meses atrás las mandíbulas apretadas y casi absolutamente sin movimiento. No había signos de necrosis. Con este cuadro de síntomas y no existiendo dientes cariados y faltando la muela del juicio no podía haber dudas sobre la causa eficiente del mal y los rayos X confirmaron mi suposición.

La línea de conducta á seguir estaba trazada de antemano, la extracción de la muela se imponía. Si no hubiese tenido por los rayos Röetgen, la noción exacta de su situación habría necesitado llegar hasta ella por fuera de la boca, lo que hubiese dejado como consecuencia una vasta cicatriz, pero la radioscopia facilitó considerablemente mi intervención.

Operé á esta enferma en la sala del servicio de Odontología de la Facultad de Medicina. La operación fué laboriosa, pero tuve la satisfacción de verla coronada por el éxito más completo. Extraje el segundo molar para que el espacio fuera mayor, pues la tumefacción de los tejidos blandos y la constricción de las mandíbulas hacían difícil el acceso hasta el fondo de la boca.

Para descubrir al tercer molar, tuve necesidad de usar varias pinzas de resección y el escoplo y el martillo.

Estaba situada tan profundamente, que era necasario tener toda la seguridad que los rayos X evidenciaban para seguir adelante buscándola.

Al examinarla me dí cuenta de que no había ascendido por la forma anómala de su corona y por una escotadura profunda que presentaba la raiz.

Otro caso corresponde á un enfermo de 62 años con un padecimiento crónico, ocasionado también por un molar dél juicio que no había hecho erupción.

Fué operado en el Hospital Militar. Cryer cree que en casos de esta especie cuando se emplea la pinza y el escoplo, es fácil desgarrar ó herir la arteria milohioidea, ya sea con los instrumentos ó con las esquirlas que se desprenden y aconseja para evitarlo el uso del torno provisto de una fresa para desgastar la capa de tejido óseo que rodea el diente. Seguí en este

caso su consejo, pero volví al escoplo y al martillo, porque dado lo reducido del campo operatorio, me pareció que con estos instrumentos se operaba con más comodidad.

El molar que extraje era muy grande, tenía una raiz voluminosa y encorvada en el espesor de la rama de la mandíbula, y aun cuando fué también laboriosa su extracción y operaba como he dicho ya en un enfermo de avanzada edad, curó en muy pocos días sin el más mínimo accidente.

Varias conclusiones se desprenden de las observaciones precedentes:

La innegable utilidad de los rayos X en los casos de inclusión de dientes anómalos que provocan fenómenos patológicos. Tienen estos la doble ventaja de aclarar el diagnóstico mostrando el órgano culpable y de indicar con precisión el sitio en que está implantado, lo que simplifica muchísimo la operación de la extracción.

Otra consecuencia que considero de mucha importancia se deriva también de las líneas que acabo de leer y es que muchos (1) molares del juicio aún cuando estén implantados profundamente y envueltos por consiguiente en tejido óseo, pueden ser extraídos por la boca.

Hasta ahora los cirujanos han buscado el molar por la vía cutánea.

Haydenreich, que ha escrito para su tesis de agregación el mejor trabajo que existe sobre los accidentes de la erupción del tercer molar, dice á este respecto textualmente lo siguiente:

«Hemos visto que á veces la muela del juicio está inclusa en el espesor del maxilar, que es imposible extraerla por los medios habituales y que no sería de ninguna utilidad la avulsión de un diente inmediato. ¿Qué conducta debemos seguir en estos casos?

La extracción está indicada imperiosamente, pero la aplicación del precepto es difícil.

En efecto, no se podrá saber con exactitud donde se encuentra el tercer molar porque la encía y el hueso le cubren.

Por otra parte, si se abriera camino con el martillo ó el escoplo, sería preferible para evitar las cicatrices operar por la

(1) Digo muchos y no todos, porque se han encontrado en cadáveres terceros molares implantados al nivel del cóndilo, en el borde inferior del maxilar, etc. Existe también una observación de Craigie en la que la corona del molar había perforado la piel y se podía ver al exterior en el ángulo de la mandíbula.

boca, ¿pero cómo se hace abrir lo suficiente para maniobrar con libertad?

La operación por el lado externo es indudablemente más fácil después de la disección de la piel y en caso de constricción de las mandíbulas es la única aplicable. Es, pues, á esta á la que se dará preferencia en la mayor parte de los casos de inclusión de la muela del juicio.»

Esta práctica ha podido aconsejarse en una época en la que no se conocía la radioscopia; hoy con la certidumbre de la posición del molar se puede alcanzar, como lo he demostrado, directamente por la boca evitando en absoluto las cicatrices.

En cuanto á la resección de una porción del cuerpo y de la rama del maxilar, no me explico que pueda hacerse sino por un error de diagnóstico, pues no hallo palabras bastante severas para condenarla aplicada como método operatorio para casos de esta naturaleza.

Estas palabras envuelven una crítica. Hace poco tiempo fué mutilada una enferma que se dejó operar á pesar de haberle afirmado yo que los fenómenos que sentía eran ocasionados por una muela fácil de extraer. El cirujano creyó que tenía que habérselas con un sarcoma.

TRIBUNA LIBRE

LAS ODONTALGIAS Y LA HOMEOPATÍA

por D. DEMETRIO DIAZ P., (de Colombia.) (1)

La odontalgia—dolor de muelas como vulgarmente se la denomina—reconoce entre otras como causa directa, la exposición del órgano central, conocido también con el nombre de pulpa dentaria y destinada por la Naturaleza á las funciones vitales de los dientes. Organo muy delicado, es en extremo susceptible á la menor presión; las obturaciones con oro, plata, etcétera, son nocivas á esta estructura cuando sobre ella ejercen alguna presión por insignificante que sea. Las partes de esmal-

(1) Respetando siempre ideas ajenas, y más cuando se trata de personas de la ilustración y cultura del firmante, aún cuando nuestra conformidad no sea absoluta, insertamos hoy este interesante artículo sobre tema tan original.

te y dentina desintegradas por la caries obrando como cuerpos extraños, producen las mismas novedades.

El padecimiento que sobreviene por tales motivos principia á manifestarse por ligera sensibilidad que va aumentando progresivamente y que luego degenera en dolor intenso y dislacerante. Haciéndose entonces insufrible la dolencia, busca el paciente el alivio por medio de una droga aplicada localmente, ó bien, venciendo su natural temor, recurre al antiguo sistema de la avulsión. Es este recurso el más eficaz aplicado como el único después de agotar los medios terapéuticos y cuando previo y concienzudo examen se llega al convencimiento de la poca importancia en conservar aquella ruina anatómica, cuya contingente reconstrucción valdría por más incomodidades que su reemplazamiento por medio de un trabajo protésico debidamente ejecutado.

El rutinario recurso de aliviar semejantes dolencias por medio de taponcitos de algodón impregnados en fenol y otras substancias análogas, como el clavo y el cinamomo, no deja de ser un tanto original, pues en más de una ocasión me he convencido de su ineficacia. Bien es cierto que calman el dolor por un instante, lo cual se debe á una pequeña analgesia de muy limitada duración, pasada la cual el dolor se presenta más intenso, siendo en lo sucesivo inútil la repetición del remedio en cuestión.

En cuanto á la avulsión como remedio concluyente, no en todas las ocasiones se puede optar por él, tanto por el justo deseo del paciente en conservar una pieza que le puede servir todavía, como porque en muchos casos se halla contraindicada, ya sea por el estado patológico de la persona, ó bien por determinadas condiciones fisiológicas, lo cual se cumple con frecuencia en la mujer.

Otro caso que á diario se repite, es la falta de quien practique esta delicada operación, pues en los campos, haciendas y en algunas poblaciones de poca importancia, por lo general no se encuentra dentista ni aún siquiera el *empírico sacamuelas*.

Aparte de otras causas—resumiendo—tenemos que las muelas duelen por la exposición del nervio ó pulpa dentaria, por el aumento de sangre en los vasos de la pulpa (hiperemia) y por la formación de abscesos alveolares.

He dicho ya que el tratamiento local (curas medicinales) en

la mayoría de los casos no da buen resultado porque no cura la dolencia, y si algún alivio se obtiene es pasajero, reapareciendo el dolor con mayor intensidad.

En cuanto á la avulsión, se ha visto que en unos casos no se debe recurrir á ella por hallarse contraindicada y en otros por no haber quien la ejecute.

Todas estas reflexiones me han inducido á buscar un medio á la vez que asaz expedito, eficaz para calmar la dolencia de que he tratado, y creyendo estar sobre la senda que me ha de conducir á la meta deseada, me permito exponer mi humilde opinión, prometiéndome continuar la labor emprendida con la poca ayuda de mis facultades intelectuales y algunos ratos que les quitaré á las horas de reposo.

La moderna ciencia de curar las enfermedades por medio del *similia* ó sea por el sistema racional de la *Homeopatía*, que tantos dolores ha mitigado, que tantas vidas ha librado de ser arrebatadas por la muerte, y en fin, que tanta gloria le ha valido y le valdrá á su ilustre progenitor, Dr. Samuel Hanhemann, aplicado á nuestra especialidad, es, á mi parecer, la mejor arma con que podemos combatir aquella tan importante dolencia. Desgraciadamente en nuestro país la homeopatía ha sido mirada con algo de desdén, no prestándosele la atención que bien se merece, llevados tal vez de aquel sentimiento de aberración hacia la antigua escuela de Galeno. Sea por esta razón ó porque no se la conoce bien, lo cierto es que este sistema salvador no ha tenido en Colombia el desarrollo que en el norte de América y en otros países.

En Europa y en los Estados Unidos, donde nuestra profesión ha alcanzado un alto grado de perfección en todas sus partes, algunos ilustres colegas abandonando el estrecho molde de la escuela antigua, han principiado con buen éxito sus ensayos en este sentido.

La Odontologia en uno de sus números, observó hace tiempo la importancia de este sistema en el tratamiento de las afecciones dentarias. Acogiéndome á tan respetable dictamen que vino á robustecer las ideas que tenía sobre este particular, entro en el desarrollo de mi tesis, esperando la benevolencia por parte de mis lectores.

Veamos lo que dice el Dr. C. Hering en su tratado de *Homeopatía doméstica*. «Un remedio homeopático bien elegido

produce un efecto inmediato, sea cualquiera la forma en que se le emplee. Frecuentemente determina una agravación ligera que es preciso dejar pasar con paciencia. Luego que el mal se alivia es preciso saber esperar. Si reaparece con los mismos síntomas, vuélvase á tomar el mismo remedio; si se presentan síntomas nuevos, elíjase otro.»

Estas sentenciosas palabras del inteligente autor, las he visto cumplirse en la generalidad de los casos, cnando en mi clínica profesional me ha tocado resolverlos.

Citaré por vía de ejemplo el caso de una señorita que concurrió á mi oficina en busca de alivio para un dolor de muelas que la hacía desesperar; pero que por su demasiado temor á la extraccion resolvió le diera un remedio para calmarlo. Cediendo á su justo deseo, le puse en la cavidad de la muela un algodón con fenol, y viendo que no cedía el dolor le hice otras aplicaciones, las cuales dieron el mismo resultado. En vista, pues, de que el dolor continuaba, como último recurso resolví darle un remedio homeopático.

La enferma experimentaba calor excesivo en la cara y la tenia enrojecida. Además, sentia comosi la muela fuera á estallar, lo cual indicaba un estado congestivo. Entre los varios remedios indicados para esta afección en los tratatados de medicina homeopática encontré el acónito; díle unos glóbulos los que en efecto le exacerbaron más el dolor por unos cinco minutos, pasados los cuales fué cediendo prodigiosamente.

Aquí fué cuando me convencí de la importancia en seguir más de cerca el estudio de su aplicación en las enfermedades de los dientes.

Hay ocasiones es cierto, en las que por la impaciencia del enfermo obra en contra el efecto curativo del remedio, ó bien su benéfica acción se retarda. A lo cual agrega el Dr. Hering: «Si el efecto curativo del dolor de muelas no se verifica en la mayor parte de los casos, es á causa de la impaciencia del enfermo que no da tiempo á que el remedio desarrolle su acción. Pero la curación es en general tan rápida que parece cosa de escándalo.» En mi concepto creo que el sistema no sólo lucha con la impaciencia del enfermo, sino con lo que es más, con la impaciencia del que aplica la medicina, cuando este no abriga una sólida convicción, es decir, no tiene fe en el sistema.

En el caso que he citado, si el dolor no hubiera cedido con

el remedio que le di á mi paciente, habría podido apelar con riesgo de no ver burlado mi deseo á otros no menos importantes, como lo son la *pulsatilla, hyoscyamus, calcárea, etc.*

La observación del Dr. Hering con respecto al efecto curatico de los remedios y su retardo por motivo del que sufre la dolencia, no puede ser más justa. Así como podemos asegurar que carece de razón el prurito de ciertas personas que sin fundamento para su aseveración, dicen que la homeopatía es lenta... *muy lenta* en sus efectos, y que por eso no le tienen fé... A la verdad, tal modo de expresarse respecto de algo que ignoran, no deja de ser una necedad.

Siguiendo en mi propósito he dicho que las muelas duelen también por la formación de abscesos alveolares. Hé aquí la causa directa de una exposición del nervio, el que sometido á todas las inclemencias de su desnudez por motivo de la caries, termina por morir dentro de su misma morada, la cual le viene á servir de ataúd. Terminada su misión de órgano nutritivo á la vez que sensitivo empieza su descomposición en el canal.

Los gases provenientes de este proceso putrefactivo van aumentándose en el espacio del ápice, apareciendo entonces sobre la encía un tumorcito fibroso de color rojizo al principio, y más avanzada la enfermedad de color grisáceo. Hallándose la raiz del diente incrustada fuertemente en el alveolo, se explica el por qué de la intensidad del dolor que produce un absceso alveolar, pues la fuerza expansiva de los gases allí contenidos inflaman como es natural las membranas periósticas. A esto se agrega la materia purulenta que taladra los tejidos en dirección de la menor resistencia y la inflamación local de las encías. Llegado este período de la enfermedad, la cara se hincha y los padecimientos se agravan. En ocasiones vienen acompañados de fiebre y el dolor se extiende á las regiones del oído y el cuello, notándose impedimento pará levantar el brazo correspondiente al lado de la cara que soporta la dolencia.

En estos casos he hecho uso del *hepar*, unas veces como remedio exclusivo, y en otras alternado con la *belladona*, viendo realizarse sus efectos en pocas horas de espera.

Las maniobras por la parte externa de la cara con el fin de poner término á la dolencia son en extremo desventajosas, pues aparte de otras novedades más graves, dejan una extensa cica-

triz bastante defectuosa que el transcurso de los años no logra borrar.

Algún temerario cirujano que tuvo á bien practicar dicha operación con su paciente y que se ve no tuvo la precaución de desinfectar su bisturí, le dejó en cambio de la anterior afección una fístula infecciosa cuya difícil curación no se verificó hasta años después merced á un activo tratamiento, quedándole en el sitio de la operación una larga cicatriz.

Este caso, que he relatado por creerlo pertinente al asunto, se presentó en la clínica del Colegio dental de esta ciudad, cuya curación le fué confiada á mi amigo y condiscípulo Dr. B. Marichal bajo la inmediata dirección del inteligente profesor de la Facultad, Dr. Numael Vázquez, digno colaborador del malogrado Dr. G. Vargas Paredes.

Si el funesto instrumento de aquel cirujano hubiera cedido el paso á un remedio homeopático, de seguro la dolencia habría tardado unos pocos días en desaparecer, pero no dos años.

La homeopatía cuenta con un rico arsenal de remedios que evitan apelar al recurso que he citado. No requiere sino estudio concienzudo y buen criterio por parte del que trata la enfermedad á fin de hacer la buena elección del medicamento, pudiéndose sentar como un axioma *que si el remedio ha sido bien elegido, el mal cede irremisiblemente*. Si no cura, no se debe renegar del sistema, sino de la insuficiencia por parte del que se sirve de él. El proyectil da en el blanco según quien haga el disparo, pues el no saber tirar no constituye una imperfección del arma, sino simplemente mala práctica por parte del que de ella se sirve.

CONCRECIONES SALIVARES

por D. TOMÁS VARGAS, Cirujano Dentista de la República Argentina. (1)

Definición.—Siendo las concreciones salivares ó tártaro dentario la causa ocasional de algunas afecciones dentarias y hasta de alteración general del organismo, me propongo llamar la atención sobre la importancia que tiene su estudio. El tártaro dentario es sumamente conocido, creo que no habrá el 10 por 100 de personas que no lo tengan y á pesar de lo general que es no se le da importancia, cuando la tiene bajo varios puntos de vista.

No haré de él un estudio profundo por haber sido ya tratado extensamente por autores como Magitot, Dubois y otros, pero sí daré una pequeña reseña de su etiología, composición química, efectos locales y generales de su tratamiento. El nombre de tártaro dentario, sarro ó concreciones salivares, se da á una acumulación de consistencia terrosa que se deposita en la cara lingual ó posterior de los incisivos inferiores, cara geniana de los molares superiores, cara anterior de los incisivos superiores é inferiores y hasta en las caras triturantes de los molares en que no se hace la masticación. Como se ve, el tártaro casi no respeta ningún punto del diente en que no se forme. Ya en los niños se encuentra por lo general en la cara anterior de los incisivos superiores bajo la forma de una mancha mucosa y de coloración verdosa.

Si el sarro tiene algún tiempo de formado, su coloración es negra y consistente, blanco y blando si es reciente, por lo general toma una coloración especial según los hábitos de las personas, ya sean fumadores ú obreros que trabajen en ciertos metales como el plomo, cobre, etc.

Etiología.—Muchas hipótesis han sido invocadas para explicar la causa de su formación, como la presencia de las glándulas tartáricas en la boca y secreciones anormales del periostio alveolo-dentario, pero ni existen tales glándulas tartáricas y el periostio no da ninguna secreción anormal. Esta formación es debida en gran parte á la composición química de la saliva y refiriéndose á su etiología dice Magitot lo siguiente: «Es un

(1) De los Anales de Sanidad Militar de Buenos Aires.

simple depósito por precipitación de los fosfatos y carbonatos contenidos en disolución en la saliva á favor de la materia orgánica con la cual ella se combina», esta es la teoría de la formación del sarro generalizada y aceptada por la mayoría de mis colegas; en cuanto al sarro verde, que no es más que una simple mancha mucosa, difiere del tártaro duro por su origen que no es debido á precipitados de la saliva, sino á presencia de la clorofila. Como existen innumerables microorganismos en la boca y también se ha comprobado su presencia en el sarro, ha dado á pensar que tuvieran un papel importante en su formación, papel que no está probado, quedando como única causa la precipitación de la saliva. La falta de higiene contribuye á su formación, y también los cuidados mal entendidos de la boca, como el uso de servilletas y cepillos blandos, y sobre todo los cepillos de goma que son perjudiciales, por cuanto en lugar de producir la frotación necesaria introducen en los intersticios los detritus y el sarro blando.

Composición química.—Los principales elementos que le forman son los fosfatos de cal y substancia animal combinados en diversa proporción, según su consistencia, de modo que dos análisis no dan siempre un mismo resultado. El tártaro duro es el que contiene más sales terrosas; lo que se encuentra en gran cantidad es el mocus como lo demuestra el siguiente análisis de Vanquelin:

Fosfatos de cal y un poco de magnesia.....	66
Carbonato de cal.....	9
Mocus salival (conteniendo ptialina).....	13
Substancia animal soluble en el ácido clorhídrico.	6
Agua.....	6
	100

En cuanto á los demás elementos que le forman, son los mismos de la saliva encontrándose en efecto: agua, ptialina, grasa, cloruros de sodio y potasio, fosfatos de cal y sulfocianuro de potasio.

Efectos locales.—El tártaro duro no es perjudicial al tejido dentario, y más bien sirve de capa protectora de la caries y hasta para detener su proceso. No se puede afirmar lo mismo del sarro verde, que en contacto con el esmalte lo disgrega dejándolo en condiciones de ser fácilmente atacado por la caries.

El tartaro duro y amarillento, en contacto con la encía en

gran cantidad y durante un largo tiempo, produce su congestión y supuración, inflama el periostio, destruye los alveolos y por consiguiente determina la caída de los dientes, produciendo además un aliento fétido é insoportable; este es en general el efecto local producido por el sarro.

Efectos generales.—Como es natural, una boca en estas condiciones no puede llenar su papel fisiológico debidamente, enviando por consiguiente al estómago el bolo alimenticio mal triturado y completamente impregnado de productos sépticos, los que absorbidos por las vías digestivas producen una alteración de las mismas. Para dar una idea del poder infeccioso del sarro, citaré un párrafo de un trabajo titulado «Infecciones bucales post-operatorias» cuyo autor el distinguido profesor Dr. Nicasio Etchepareborda, dice así: «Los presidarios de la Nueva Caledonia, condenados á trabajos forzados, con el objeto de procurarse algunos días de descanso, se inoculaban en las piernas con un sedal ó con una aguja el detritus que se forma sobre los dientes ó se introducían debajo de la piel pedacitos de sarro dentario.

Se proponían con esto determidar una inflamación, un absceso con su correspondiente reacción febril y pasar por enfermos, pero algunos penados resultaron con flemones difusos y gangrenas graves».

Tratamiento.—Su eliminación depende exclusivamente de medios mecánicos, la extracción no es más que una pequeña operación que si bien parece sencilla no lo es, por cuanto requiere una mano práctica que la efectúe con sumo cuidado y habilidad, usándose para ello instrumentos de acero que se adaptan á cada parte del diente. Algunos autores aconsejan el uso del agua oxigenada, y es mi opinión que si bien contribuye como poderoso desinfectante á mejorar una boca con concreciones, nunca llegará á eliminarlas. Creo haber demostrado la importancia que tiene el estudio de las concreciones salivares y su tratamiento, desempeñando en estos casos el cirujano dentista el papel de un verdadero higienista.

Obturaciones de estaño, por el doctor Bernard. (Del *Items of Interest*).

El Dr. Bernard lamenta el abandono del estaño como materia obturatriz y atribuye esta tendencia á la falta de habilidad y á la pereza de muchos dentistas que prefieren en todos los casos la amalgama al estaño.

El estaño bien condensado y puro posee casi todas las cualidades del oro. Se le puede trabajar con mayor ligereza y sin los grandes temores á la humedad que se tienen con el oro, y hasta parece poseer una positiva acción terapeutica.'

Es un mal procedimiento emplear el estaño como se emplea el oro cohesivo, no verificándose con los fragmentos una verdadera soldadura digámoslo así sino simplemente una especie de ajuste ó engranaje. Es necesario obrar con el estaño del mismo modo que con el oro blando, abandonando por completo el uso del martillo que no hace más que cortar los cilindros.

Lo que precede indica que no todas las cavidades son propicias para usar este metal como materia obturatriz, y que es necesario por lo tanto un buen juicio y práctica para hacer la correspondiente elección.

***

Ceguera ocasionada por una caries dentaria.—(De *Le Progrés Dentaire*).

El paciente, un joven de catorce años, fue atacado de una violenta fluxión en el carrillo y el ojo izquierdo en relación con una caries de uno de los molares superiores del lado correspondiente. Al cabo de dos semanas se le hizo una incisión cerca del ángulo interno del ojo izquierdo, habiendo dado salida al pus. Se procedió también á la avulsión del diente cariado y la tumefacción cedió, más cuando el enfermo pudo de nuevo entreabrir los párpados notó que no veía por dicho ojo izquierdo. El Dr. Giulini que vió al paciente, hizo constar la existencia de una amaurosis completa de este ojo por una atrofia del nervio óptico. En el ángulo interno del ojo evacuó una fístula que comunicaba con las fosas nasales.

Es de notar que los primeros cuidados fueron prestados al enfermo por un simple bañero.

***

Acción tóxica del ácido bórico. por el Dr. Noarden.—(De *L'Odontologie*).

El autor en su servicio de hospital puso á disposición de sus enfermos contagiosos una solución de ácido bórico al 3 y 1|2 por

100 para que se enjuagaran la boca frecuentemente.

Bien pronto entre varios enfermos, principalmente entre los tuberculosos en primer período, apareció una estomatitis. Suprimida la solución de ácido bórico, la estomatitis curó en dos ó tres días, reapareciendo de nuevo en algunos enfermos que volvieron hacer uso de ella.

Además una enfermera del mismo servicio en un acceso de melancolía, tomó una solución de 10 gramos de ácido bórico en un vaso de agua de 200 centímetros cúbicos, resintiéndose al cabo de poco tiempo de violentos dolores gástricos, seguidos de diarrea y durante seis semanas tuvo una gastro enteritis catarral que la debilitó en estremo.

***

Un caso notable de trasposición visceral.—(De la *Semana Médica de Buenos Aires.)*

El Dr. Haberman presenta un fotograma de un hombre de setenta años que, asistido por él, en la autopsia descubrió un cambio completo de las vísceras de las cavidades torácica y abdominal. Merece consignarse que en vida del paciente se estableció el diagnóstico de carcinoma del píloro, del estómago (gran corvadura) y del hígado. Este se hallaba en verdadera degeneración carcinomatosa en forma de una red que le envolvía. El carcinoma del píloro se confirmó igualmente. El corazón estaba situado al lado opuesto del sitio normal, en análoga posición, pero á la derecha del esternón. Por diferentes factores fué imposible diagnosticar esta anomalía de situación; gran amplitud torácica, pecho en forma de quilla, enfisema del pulmón y gran debilidad cardiaca.

La simple inspección del fotograma da á conocer la situación del hígado en la línea media, quedando á la izquierda de ésta todo el lóbulo mayor y parte del lóbulo medio. El colon descendente en la fosa ilíaca derecha y el ciego con su apéndice vermicular en la ilíaca izquierda. Es muy de notar que el paciente sufría y se quejaba durante muchos años del lado izquierdo, mientras que siempre afirmaba que por el lado derecho estaba formado por dentro de un modo muy distinto á los demás hombres. Esta creencia estaba tan firmemente arraigada en él que presagiaba su muerte, practicándose la autopsia con el consentimiento de sus parientes.

***

Sobre la extirpación de la pulpa por la anestesia, por el Dr. Mahon.—(De *L'Odontologie)*.

El autor rechaza desde luego todo tratamiento conservador de la pulpa, de su recubrimiento, de su amputación, ó de su desinfección terapéutica en una sesión. Recurre á la anestesia. Después de una limpieza cuidadosa con el excavador y la fresa, coloca en la cavidad una bolita de algodón embebida en una solución de clorhidrato de cocaína al 10 por 100 y la comprime con otra bola de caucho. Abre enseguida la cavidad pulpar, la limpia y busca la entrada de los canales y entonces baña un tiranervios en una solución resino-

sa, y en este estado lo mete enseguida en la solución de cocaína. El tiranervios así preparado es introducido delicadamente en las raíces y dejado uno ó dos minutos y penetra y anestesia la pulpa. Se saca el instrumento después de darle una ó dos vueltas y nueve veces de cada diez la pulpa será extirpada completamente, siendo el procedimiento rápido y sin sufrimiento alguno para el paciente.

***

Los dientes y las encías concurren á establecer el diagnóstico médico, por el Dr. P. H. J. Campbell.—(De *Le Progrés dentaire.*)

Según el autor, el estado de los dientes debe ejercer una influencia constante sobre la condición de los órganos y recíprocamente. Uno de los modos más ordinarios según los cuales se manifiestan estos inconvenientes es el dolor reflejo cuya explicación ha sido interpretada del modo siguiente:

La irritación del nervio visceral de un órgano se trasmite á la substancia gris de la médula para ir de aquí á los nervios correspondientes. Fuera del sufrimiento á distancia, puede producirse por el mismo mecanismo de efectos tróficos, como por ejemplo cuando una mitad de la lengua se recubre de fragmentos saburrosos espesos.

La parálisis bulbar, la esclerosis en placas, la parálisis bilateral ó motriz de la lengua, la parálisis del bucinador, etc., producen dificultades de la masticación ó de los movimientos de los alimentos en la boca, que no dependen directamente de las condiciones patológicas de los dientes.

Existen relaciones entre el estado de los dientes, de las encías, de los alveolos, etc., y ciertas enfermedades. En la anemia perniciosa, por ejemplo, el Dr. William Hunter ha pretendido demostrar que la sepsia bucal derivada de las condiciones de los dientes descuidados, es la causa positiva de esta afección, cosa bien discutible, pues puede ser muy bien que estas condiciones bucales sean el efecto y no la causa de la enfermedad.

Sobre otra enfermedad más frecuente ejercen las condiciones patológicas de la boca efectos más ciertos, la diabetes sacarina, reconocida enseguida por el dentista por el olor á manzanas que frecuentemente exhala el aliento. La más común de las condiciones dentarias que se observa, es la caída sin dolor de los dientes sanos, al mismo tiempo que se produce una congestión pasiva de todo el aparato bucal.

El raquitismo deja igualmente rastros sobre los dientes por las alteraciones debidas á una calcificación imperfecta de los tejidos duros.

La sífilis congenital y la dispepsia producen modificaciones tan constantes que bastan para hacer constar su existencia.

La gota, la periostitis dental del reumatismo, la torticolis, el espasmo facial, se manifiestan igualmente por trastornos dentarios.

Por otra parte, la palidez de la mucosa puede hacer suponer la existencia de la tuberculosis, y

su pigmentación la enfermedad de Addison.

Por último, los vapores del fósforo, el plomo, el mercurio y el cobre determinan también alteraciones notables bien conocidas de los maxilares y de las encías.

***

Tratamiento del muguet por el empleo simultáneo del agua oxigenada y del borato de sosa.—(De la *Semana Médica de Buenos Aires.)*

El conocido médico italiano Merletti trata con éxito el muguet por la asociación de dos medios que son con mucha frecuencia empleados separadamente contra esta afección, pero sin dar entonces resultados tan satisfactorios. El procedimiento recomendado por dicho médico consiste en pincelar rápidamente con la ayuda de un gran pincel, la mucosa bucal con agua oxigenada y practicar inmediatamente después una pincelación con una solución de borato de sosa al 5 por 100. Bajo la influencia de esta doble intervención se produce una abundante espuma, debida á la descomposición del peróxido de hidrógeno con formación de oxígeno en estado naciente, que no tarda en ejercer una acción destructiva sobre el *Oidium albicans.*

El Dr. Merletti ha tenido la ocasión de utilizar el procedimiento en cuestión en gran número de casos de muguet, y se ha convencido de que las pincelaciones con el agua oxigenada y borax repetidas tres veces en las veinticuatro horas, bastan para provocar la curación en el espacio de dos ó tres días, aun cuando se trate de formas muy graves de muguet confluente.

Si el tratamiento se instituye desde el principio de la afección, basta hacer dos ó tres aplicaciones para impedir de una manera completa el desarrollo del hongo.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 25 de Noviembre. Inauguración del curso.

Se abrió á las nueve y media de la noche, bajo la presidencia del Sr. Losada, y con asistencia de los Sres. Sánchez, López Alonso, Serrano, Aguilar, Portuondo (D. Ramón H.), Luna, Alberdi, Brito, García Mejías, Portuondo (D. José M.ª), Pérez (D. Vicente), Pérez (D. Tirso), López (D. Ricardo), Rodríguez, Martínez Vargas, López Pujalte, Salces, Mon, Laguna, Sanz, García de la Beldad, Nogués, Rojas y Rueda.

Se lee y aprueba el acta de la anterior.

El Sr. Secretario general lee una comunicación de la Sociedad Odontológica Paulista del Brasil participando su constitución, otra del Círculo Odontológico de Cataluña participando

el nombramiento del Sr. Carol como representante suyo en la Federación Española y otra del Sr. Pons como secretario de este último organismo, dando cuenta de los acuerdos tomados en la última sesión verificada en Palma el pasado verano.

Son admitidos como socios de número, D. Emilio Rojas Bravo y D. Emilio Rueda Aguilar.

El Sr. López Alonso, Secretario general da lectura á la Memoria de secretaría, resumen de los trabajos llevados á cabo por la Sociedad en el curso anterior. Después de breves palabras de agradecimiento á la Sociedad por su elección y de otras dedicadas á sus antecesores en dicho puesto, da cuenta de los trabajos científicos tanto teóricos como prácticos y de los asuntos profesionales y de administración, terminando con frases entusiastas para la Corporación y de alientos para las campañas sucesivas. Oyó muchos aplausos al terminar.

A continuación el Presidente Sr. Losada leyó su discurso inaugural que versó sobre el último Congreso de San Luis.

Constituye un trabajo notable por la gran cantidad de datos expuestos, demostración clara de que su autor no perdió ni una sola nota de los trabajos de dicho Certamen. La exposición fué tan clara y sobria cual acostumbra ser la de todas las obras del ilustre Presidente actual de la Sociedad. Halló medio también de demostrar que estos Congresos son el resultado directo de las Asociaciones dentales del mundo, cuya gran importancia encareció y tuvo frases de sincero afecto y de entusiasmo para la Odontológica Española. Fué también muy aplaudido y se levantó la sesión á las once, declarándose abierto el curso de 1904 á 1905.

Lo numeroso de lo concurrencia, la admisión de socios nuevos y el anuncio de otros y el hecho de hallarse ya tomadas varias sesiones para conferencias de los Sres. Aguilar, Brito, Losada, López Pujalte y otros, dieron una nota de animación y entusiasmo muy laudables, haciendo presagiar una brillante campaña en el comenzado curso. Así sea.—A. L. A.

CONGRESO DENTAL DE BALE

Un Congreso dental tendrá lugar en Bale (Suiza) los días 17, 18 y 19 del corriente. Comprenderá cuatro Sociedades: 1.°, la Asociación dental americana de Suiza; 2.°, la Sociedad den-

tal de Bale; 3.°, la Sección del sudoeste de la Sociedad central de doctores en odontología graduados en América; 4.°, la Asociación de Consejos consultivos europeos.

Este Congreso se ocupará entre otras cosas de la reunión del Consejo ejecutivo y de las Comisiones de la Federación Dental Internacional que deberá tener lugar en Suiza el próximo verano.

Una buena parte será dedicada á las demostraciones prácticas de la prótesis y á la exposicion de todas las invenciones y novedades de interés para los dentistas.

Todos los dentistas pertenecientes á las Sociedades oficialmente constituídas, son invitados á tomar parte en las sesiones de esta Asamblea.

Será Presidente el Dr. L. C. Bryan y Secretario el Dr. H. B. Respinger, á quienes se dirigirán las demandas de admisión.

Todas las peticiones de alojamientos se dirigirán al doctor Ferd.-P. H. Facklam.

Para las clínicas y demostraciones, al Dr. V. de Trey.

Para las exposiciones, al Dr. Ferd Kloetzer.

Para las comunicaciones orales, al Dr. P. T. Schaer.

Para las invitaciones, al Dr. E. Grossheintz. (Todos de Bale).

BIBLIOGRAFÍA

The Dental Surgeon.—Con este título hemos recibido una revista profesional que ha comenzado á publicarse en Londres por MM. Bailliere, Tindall y Cox. Está muy bien presentada y es una muestra más del progreso de la odontología en la Gran Bretaña. Sea bienvenida.

*
* *

Bulletin de la Societé Belge de Stomatologie.—También ha visitado nuestra Redacción este Boletín, que á partir de este año anuncia su publicación trimestral periódicamente. Es muy interesante y demuestra los excelentes trabajos de la importante Sociedad de que es órgano oficial. Establecemos muy gustosos el cambio.

RECETAS Y CONSEJOS

Para determinar el color definitivo de un diente que debe chaparse.—Téngase á mano una pequeña chapita de oro con una ranura capaz de admitir los pernos de los dientes. Cuando se elige un diente que debe ser chapado, como la chapa de oro que ha de colocarse en él cambia su

color por la influencia del color amarillo del oro y á causa de la transparencia de la porcelana, para evitarnos esta diferencia, colocamos detrás de él la chapita de oro preparada como dejamos dicho y hacemos la preparación hasta encontrar el color que sobre el oro armoniza bien con los naturales. El borde de esta chapita no debe llegar al del diente. Si hubiera de utilizarse el platino como sochapa, haríamos la prueba colocando una hojita de platino blando, al tiempo de hacer las pruebas en la boca, del mismo modo que hicimos con el oro (*Review.*)

Argirol.—Como aplicación para las encías inflamadas y después de las limpiezas ó remoción de los cálculos, úsese el argirol. Es muy rápidamente absorbido por las encías y no mancha los dientes como el nitrato de plata. Un pequeño cristálito de argirol colocado en el saco purulento en la piorrea es una excelente cura (*Review.*)

La gutapercha en la obturación de los canales.—La dificultad de la obturación de los canales radiculares, se aumenta cuando el foramen es grande. Para vencer esta dificultad procedemos á su obturación con conos de guttapercha en la siguiente forma: incrustaremos una larga punta de gutapercha en el canal; si al apretarla contra el ápice se observa alguna sensación de dolor es prueba de que su extremo toca al tejido perióstico, se saca y se corta con unas tijeras la punta extrema del cono de guttapercha y se incrusta de nuevo, y si hay dolor, de nuevo se extrae, se recorta un poco más y así sucesivamente hasta que su presión sobre el ápice no acuse dolor. Se corta entonces un poquito más, se humedece el canal con eucaliptol ó cloropercha y se introduce el cono comprimiéndolo firmemente. Sin embargo, á veces se encuentran canales cuyo foramen es de tal amplitud que aun este método es impracticable.—(*The Stomatologist.*)

Higiene de las encías.—Para tener buenos dientes y masticación satisfactoria, deben las encías recibir la saludable fricción de los alimentos al verificar la masticación y cuando no, friccionarlos artificialmente de modo que aseguremos una perfecta circulación del riego sanguíneo. Los dientes sin encías sanas se denudan ó descarnan y en la mayoría de los casos resultan dientes inservibles. Creemos de importancia tan grande como el cuidado de los dientes el de las encías, pues aquellos dependen de éstas.—(*Items of Interest.*)

Para limpiar de cemento las tablillas de cristal.—Lávense con un paño humedecido con agua amoniacal. Este método quita con facilidad todo el cemento adherido, lávese después con agua y séquese.—(*Dental Review.*)

Los estimulantes en las hemorragias.—Nunca administréis en los casos de hemorragia estimulantes como aguardiente, ron, cognac, etc., porque la hemorragia se agravará.—(*Intern. Jour. of Surg.*)

Remoción de los detritus de la pulpa putrescente.—Usese primero, antes de su remoción, algún poderoso antiséptico de poder bastante pe-

netrante para que pueda, sólo por la acción gradual de la absorción capilar y sin ejercer presión alguna, alcanzar al fondo de los canales. Recomiendo para este caso la formalina. Continúese con una aplicación de peróxido de hidrógeno ó de sodio, los cuales en contacto con las materias orgánicas en descomposición provocan una reacción efervescente que deja los detritus en condición de poder ser arrojados al exterior por medio de una corriente de agua inyectada con una jeringa.—(*Dental Summary.*)

Método para mezclar la amalgama y el mercurio.—Colóquese el mercurio sobre un trozo de rubber-dam en la palma de la mano. Reúnanse los bordes y puntas del rubber-dan formando una muñequilla en cuya bolsa queda encerrada la amalgama. Apoyando contra una superficie plana y lisa esta muñequilla, muévase enérgicamente en varios sentidos de modo que el saco quede inmóvil y gire el cuello que aprisionamos entre los dedos. Las ventajas de este método son evidentes.—(*Dental Review.*)

Aplicaciones arsenicales.—Es conveniente siempre que hagamos aplicaciones arsenical es con el fin de desvitalizar la pulpa, encerrarla bajo una obturación de cemento porque se evita ejercer presión sobre ella, (presión casi siempre causante del dolor que se observa en esta clase de aplicaciones) y también porque se impide que el paciente se quite los algodones al sentirse molesto por el dolor. Déjese estar este empaste por espacio de dos á siete días según el lugar que ocupa el diente ó muela, la profundidad de la cavidad, la salud y edad del paciente, etc.—(*Dental Review.*)

El estaño esponjoso y el cemento como material de obturación.—El estaño en su estado esponjoso y bien pulverizado, se mezcla con el polvo del cemento. Se prepara para obturar uniendo á esta mezcla el líquido que de ordinario se incorpora al cemento solo. Esta mezcla se endurece bien y después se pulimenta, presentando una superficie de aspecto metálico.—(*Dental Cosmos.*)

Para pulimentar las planchas de caucho.—Usando en lugar de agua pura agua amoniacal mezclada con el blanco de España, los resultados serán más satisfactorios. Después de pulimentada lávese la plancha en agua tibia y termínese con una rueda de fieltro limpia.

Para evitar la adhesión de la escayola á los dientes.—Para obtener los mejores resultados y una impresión de escayola limpia y lisa, hágase al paciente enjuagarse y tener durante un rato en la boca una buchada de leche de magnesia. Este producto limpia los dientes y las membranas mucosas de todas las secreciones adherentes y facilita el desprendimiento de la impresión.—(*Dental office and Laboratory.*)

Para quitar la encía alojada en una cavidad cariosa.—En casos en que la encía se introduce en algunas caries cubriendo una pulpa que fuera necesario tratar, puede evitarse al paciente mucho dolor y fastidio,

aplicando previamente antes de pretender separarla, el ácido tricloracético que destruye toda substancia orgánica, pero no las inorgánicas. En un cuarto de hora queda la encía en condiciones de poder ser cortada sin dolor alguno. Es muy útil su empleo en casos de erupción difícil de las muelas del juicio, cuando la encía constituye un estorbo para su salida. Coloquénse varios cristales entre la encía y la muela *(Cosmos.)*

HOJAS SUELTAS

La Odontología **en 1905.**—Fieles á nuestro constante deseo de llevar el mayor interés á nuestras páginas y de corresponder al creciente favor que la profesión entera nos dispensa, merced al cual nuestra Revista ha ido adquiriendo la mayor importancia, pensamos introducir en el próximo año grandes mejoras en La Odontología.

El aumento constante de originales de interés y de los anuncios en el año corriente han hecho, como nuestros lectores habrán podido apreciar, que muy frecuentemente hayamos tenido que aumentar el número de páginas para dar á ellos cabida, no obstante las reformas que también introdujimos á principios del 1904.

Lo que ha sido eventual, queremos ahora hacerlo permanente ampliando de nuevo en extensión el tamaño de la Revista, lo cual hará que aumentando el número de líneas y la extensión de éstas, podamos ofrecer á nuestros lectores un positivo aumento de original.

Esto unido á una cuidadosa selección que en él pensamos hacer, á la mejora de las condiciones tipográficas y á la publicación á primeros de mes, con objeto de que La Odontología llegue á todas partes del mundo dentro del mes corriente, harán seguramente que nuestra Revista pueda por todos estilos competir con las mejores que en su género se publican en el mundo.

No llamaremos sacrificio á lo que para nosotros constituye una satisfacción, es decir, el contribuir al constante progreso de nuestra profesión y el corresponder al favor que ella nos dispensa. Esto por si solo constituye una muestra de que nuestro esfuerzo constante con tales fines, es apreciado en su justo valor y una seguridad por nuestra parte de que seguirá siéndolo en lo sucesivo.

En esta idea pues, nos despedimos hasta los albores del próximo año en que saldremos vestidos de nuevo.

Más reválidas de Odontólogos.—En el mes anterior se verificaron nuevas reválidas de Odontólogos, para examinar á los señores Landete, Berenguer y Simó, alumnos oficiales los dos primeros y libre el tercero del último curso de nuestra especialidad.

El Tribunal compuesto de los señores Calleja, Alonso Sañudo y Marquez y Aguilar y Cuzzani, calificó al señor Landete de sobresaliente y á los señores Berenguer y Simó de aprobado.

Felicitamos á los nuevos compañeros.

Sociedad de Odontología de París.—En Junta general verificada el 25 de Octubre próximo pasado, la Sociedad Odontológica de París, efectuó la renovación de su Junta directiva de 1904 á 1905.

Fueron elegidos: Mr. Delair, presidente; M. M Croes y Frey, vicepresidentes; Mr. Blatter, secretario adjunto. No habiendo terminado la gestión de Mr. Friteau como secretario general continuará desempeñando dicho cargo durante el citado curso

Asociación Dental del Canadá.—Más de 300 miembros de la Asociación Dental Canadiense, asistieron á la Asamblea general de la Asociación verificada en Toronto después del Congreso de San Luis.

Ley Dental en Queensland.—Recientemente ha sido votada para la colonia inglesa de Queensland una ley reglamentando el ejercicio del arte dental. Por ella se crea un Consejo comprendiendo siete miembros, de ellos dos médicos y cinco dentistas. Cuatro miembros son nombrados por el Gobernador en Consejo por seis años y tres son elegidos por los dentistas de la colonia, por tres años.—(*L' Odontologie.*)

Nacimiento.—Hace pocos días dió á luz con toda felicidad un niño, la distinguida hija de nuestro querido compañero y amigo, de San Sebastián, D. Miguel Valderrama haciéndole por primera vez abuelo. Mil felicidades.

Sociedad Belga de Estomatología.—Según vemos por el Boletín de esta Sociedad recientemente recibido, su nueva Junta directiva está compuesta por Mr. Buisseret, presidente; Mr. O. Rubbrecht, secretario y Mr. H. Allaeys, secretario adjunto y tesorero.

Congreso de Química y Farmacia.—La Asociación farmacéutica de Lieja y la Sociedad química de Bélgica han resuelto, de común acuerdo, convocar un Congreso de Química y Farmacia en Lieja, para los últimos días de Julio de 1905.

Será este Congreso como una preparación de los internacionales que se celebrarán, el primero en Roma de 1906, y el otro en Berlín en fecha aún no determinada.

Las cuestiones de interés puramente nacional se distribuirán en las secciones siguientes: 1.ª, Química general; Físico Química: 2.ª, Química analítica, aparatos é instrumentos; 3.ª, Química industrial mineral y metalurgia; 4.ª, Química industrial orgánica: azúcar, industria de las fermentaciones, curtidos, tintorería, etc., 5.ª, Química farmacéutica; 6.ª, Química de las substancias alimenticias; 7.ª, Química agrícola, abonos; 8.ª, Química biológica, sus aplicaciones á la higiene y á la bacteriología; 9.ª, Toxicología; 10.ª, Farmacia práctica, y 11.ª, Legislación é intereses profesionales, deontología.

Este Congreso se reunirá con motivo de la Exposición universal é internacional que se celebrará en Lieja el año próximo.

LA ODONTOLOGIA

INDICE POR ORDEN ALFABÉTICO DEL VOLUMEN XIII

1904

AUTORES QUE HAN COLABORADO EN ESTE VOLUMEN

Págs.

Aguilar (D. Florestán)..... 461
Amoedo (Dr. Oscar)..... 413
Barajas (Dr. D. Luciano)..... .. 270
Beltrami (Eduardo)..... 23
Boniquet (Dr. D. Jose)..... 189
Carol (D. Pedro)..... 502
Chiavaro (Dr. A.)..... 513
Chompret..... 9, 342
Cryer (Dr. M. H.)..... 57
Díaz P. (D. Demetrio) 590
Endelman (Dr. Julio)..... 161
Espina y Capo (Dr.)..... 212
Etchepareborda (D. Nicasio)..... 586
Fontanel (Dr. P.)..... 520
Gires (P.)..... 298
Giuria..... 19
Godon (Dr. Ch).... 257, 309 387, 426
Gutmann (Alfredo). 418, 469, 523, 577
Guye (Dr. Paul)..... 257
Kirk (Dr.)..... 83
Korbitz (Alfredo)..... 3
Lobato (D. Hipólito)..... 123
López Alonso (D. A.) 15, 30, 129, 225, 491
Losada (D. Jaime D)..... 113, 187
Mahé (Dr.)..... 89
Mela (Dr. Rosolino).... 291
Mitchel (A)..... 298

Págs.

Nájera (D. Juan)..... 165
Nemo (Profesor)..... 400, 452, 499
Nicolau (D. Juan Antonio)..... 466
Nux (Dr.)..... 338
Ortiz (D. Francisco)..... 477
Otaola (D. Juan de)... 41, 81, 325, 544
Perez (D. Tirso)..... 90, 481, 539 569,
Piquer (F.)..... 551
Pita Seoane..... 131, 226, 297
Plaza Blanco (Dr.)..... 397
Plet (D. Joaquín)..... 137
Pons (D. Ramón)..... 235, 296
Pont (Dr.)..... 231, 384, 477
Ramón Pareja (D. Manuel) 209, 549, 561
324, ... y 382
Saenz (D. Abilio)..... 496
Sanchez (D. Bernardo)..... 178
Sauvez (Dr.)..... 175
Seigle (Dr.)..... 228
Subirana (D. Luis)..... 233
Tomás Coquet (D. Alfredo) . 126, 394
Triviño (D. J.)..... 132
Valenzuela (D. Germán)..... 378
Vargas (D. Tomás)..... 596
Zabala (Dr. L.)..... 117
Zarzoso (D. José)..... 563

ÍNDICE POR ORDEN ALFABETICO

DE LAS MATERIAS QUE COMPRENDE ESTE VOLUMEN

A

	Págs.
Absceso alveolar con fístula (Tratamiento del).	156
Abcesos dentarios (Tratamiento de ciertos).	193
Academia y Laboratorio de ciencias médicas de Cataluña, Sección de Odontología..	351
Acción tóxica del ácido bórico	599
Aceites esenciales (Precaución para después del empleo de los)	508
Acido bórico (Acción tóxica del)	599
Acoína como anestésico local (La).	410
Actas del XIV Congreso Internacional de Medicina (Las) . .	411
Actas del último Congreso (Las).	53
Adhesión de la escayola á los dientes (Para evitar la). . . .	606
Adhesión del cemento muy blando á los instrumentos (Modo de evitar la).	353
Adrenalina (Aplicación terapéutica de la).	52
Adrenalina en el arte dentario (La).	401
Adrenalina (Nuevo método para el empleo de la). . . .	508
Adrenalina y cocaína.	305
Afecciones inflamatorias de la boca..	204
Afecto (Palabras de)	458
Aislador bajo las obturaciones (Ventajas de un) . . .	457
Alcohol absoluto.	53
Aliento (Contra la fetidez del)	457
Algodón absorbente (Uso práctico de los rollos de). . . .	34
Algodón combinado para extracciones (Empleo del) . . .	306
Algodón con ortoformo.	410
Algodón ortoformado.	557
Aluminio para planchas.	155
Aluminio (Soldadura de).	557
Amalgama en cavidades aproximales (Obturaciones de). . .	252
Amalgama (Modo de mezclar la)..	109
Amalgama y el mercurio (Método para mezclar la). . . .	606
Analgesia cocaína-adrenalinica en cirugía general . . .	121
Anatomía en las Escuelas dentales (Enseñanza práctica de la) .	57
Anestesia de la pulpa mediante el ácido fénico y la cocaína. .	409
Anestesia local con eucaína y cocaína-adrenalina . . .	509
Anestésico (Nuevo)	401
Anestésico local (La acoína como).	410
Anestésico local (Nuevo)	108
Anestésico local (Un nuevo)	346
Anestésicos locales en odontología (Estudios sobre). 481, 539 y	569

Págs.

Antiséptico (Elixir) 509
Antiséptico muy útil (Un) 356
Antiséptico (nuevo) Tachiol... 206
Antropometría militar.. 397
Anuncio médico curioso del siglo XVIII en Granada 112
Aparatos protésicos (Preparación de la boca antes de colocar).. 113
Aplicaciones arsenicales 606
Argirol 605
Arte dentario (La adrenalina en el).. 401
Articulación (Sobre la).. 402
Artículos (Nuestros) 458
Asfixia (Remedio para la). 509
Asilo-hospital de Torrelavega (Clínica dental del). 559
Asistencia á los pobres.. 460
Asociación dental del Canadá.. 608
Asociación de la prensa dental 459
Asociación de la Prensa Medica Española (Concurso de premios de la). 255
Asociación de la Prensa Médica (Premios para estudiantes creados por la). . .. . 49 y 307
Aumento de páginas .. .. 308 y 512
Aumento de texto 412

B

Banquete anual de aniversario.. 303
Banquete del IV Congreso dental internacional 411
Banquete (Un) 26
Banquetes (Dos) 352
Barniz para las cavidades 401

Bibliografía.

Anatomía de la boca y de los dientes en 25 lecciones, por el Dr. G. Rolland. 254
Bibliografía científica. 107
Bulletin de la Societé Belgue de Stomatologie 604
Cirugía de urgencia principalmente en los traumatismos graves, por D. Germán Valenzuela. 304
Complicaciones quirúrgicas de la caries dentaria, por D. Germán Valenzuela 304
El código de Hammurabi y la oftalmología en los tiempos babilónicos, por el Dr. Castillo 510
Estudio sobre anestésicos locales en odontología, por D. Tirso Pérez .. 105
Guía práctica y formulario para las enfermedades de la boca y de los dientes, seguido del manual operatorio de la anestesia por la cocaína en cirugía dental. por G. Viau.. 202
La cirugía menor 51
La colitis muco-membranosa, por el Dr. D. José Gonzalez Campo 395
La dentición de los niños, por A. Cheriguian Nigogos. 204
La última palabra sobre Odontología, por D. José Boniquet.. 204
Le Laboratoire 556
Odontoiatria conservativa. Sul nódulí della polpa. The Teeth, por el doctor Chiavaro 555
Patología de los dientes y de la boca, por el Dr. Frey 31

Págs.

Proyecto sobre reforma en la organización de la enseñanza de la Escuela de dentística, por D. Germán Valenzuela 304
Resultado del tratamiento por la movilización y el masage en 61 casos de fracturas, por D. Germán Valenzuela 304
Revista odontológica. 550
Revue internationale de Prothése dentaire.. 556
Sanidad militar argentina. (Suplemento á los «Anales de Sanidad Militar»). 555
Terapéutica de la boca y de los dientes, por el Dr. Mauricio Roy 203
The Dental Surgeon.. 604
Valor terapéutico de algunos anestésicos locales, por D. G. Valenzuela .. 304

Boca en la profilaxis de la tuberculosis (Importancia de la) .. 212
Boca (Escuela para las enfermedades de la) 443
Boca (Infecciones inflamatorias de la) 204
Boca (Vulgarización de la higiene de la) 143
Bóveda palatina (Signos degenerativos de la) 270
Burbujas de aire en la escayola (Modo de evitar las) 110

C

Café como germicida (El) 157
Calvo y Martín (El Dr.). 138
Cambio de caracter en el curso de una evolución dental . .. 345
Canal de la raiz (Manera de extraer el relleno de guttapercha del) 156
Canales (De la obturación inmediata de los) 139
Canales de raíces (Rellenos de) 354
Canales (La guttapercha en la obturación de los) 605
Canales (Preparación de puntas para) 306
Canales pulpares (Limpieza de) 205
Canales (Una cura para los) 557
Caries de cuarto grado (Complicaciones de la) 378
Caries de cuarto grado (Dientes muertos y). 466
Caries dentaria (Ceguera ocasionada por una) 599
Carta y exposición (Una) 450
Caucho blando para corbatas (Más sobre el) 137
Caucho (Disolución del). 558
Caucho (Incrustaciones de). 558
Caucho poroso 305
Caucho (Producción del) 55
Caucho (Pulimento de las planchas de) 410
Cavidad cariosa (Para quitar la encía alojada en una) 606
Cavidades aproximales (Obturaciones de amalgama en).. .. 252
Cavidades (Barniz para las) 401
Cavidades cervicales profundas (Aplicación del rubberdam sobre las). 157
Cavidades indicadas para las obturaciones de porcelana. .. 507
Cavidades (Método para la preparación de) 253
Cavidades profundas labiales ó bucales (Método para separar la encía en las) 502
Ceguera ocasionada por una caries dentaria. 599

Págs.
Cemento (Utilidad del).. 507
Cera de los revestimientos (Procedimiento para quitar la) .. 53
Círculo Odontológico de Cataluña 502
Cirugía dental considerada como primer año de estudios en las Escuelas dentales (La enseñanza preparatoria del estudiante en).. .. .. 87, 257, 309, 398 y 426
Cirugía general (Analgesia cocaino-adrenalínica en) 141
Climatoterapia é higiene urbana (Congreso de) 159
Clínica dental del Asilo-hospital de Torrelavega 559
Clínica dental en un Asilo 54
Clínicas de Odontología en los hospitales 15
Cloroformo (Pasta de).. 205
Cloroformización (Muerte consecutiva á la) 197
Cloropercha. 51
Cobre (Sulfato de). 558
Cocaína (Adrenalina y). 305
Cocaína (El miedo y la).. 452
Cocaína en la neuralgia del trigemino (La). 409
Cocaína (La) 512
Cocaina (Los peligros de la). 192
Cocaína (Un sucedáneo de la).. 208
Cocaína y sus efectos (La) 165
Cofferdam á los incisivos inferiores (Aplicación del) 252
Coiffage de la pulpa (Un método de).. 241
Colega (Otro). 160
Colega (Robo á un). 255
Colutorios contra el muguet... 508
Compañía Dental Española (Anuncio). 304
Compañía Dental Española (Balance). 404
Compañía Dental Española. Junta general de Accionistas .. 353
Complicaciones de la caries de cuarto grado 378
Compostura de planchas de caucho rotas 109
Comunicados.. .. .. .. 45, 47, 154, 201, 249, 455 y 555
Concreciones salivares.. 596
Concurso de premios de la Asociación de la Prensa Médica Española. 255
Concurso médico 110
Concurso (Memorias de un). 208
Concurso (Un). 512
Condecoración. 459
Condecoraciones 410
Congreso de climatoterapia y de Higiene urbana.. 159
Congreso de Grenoble (El) .. .. 307 y 445
Congreso de Lisboa en 1906 (Sobre el). 254
Congreso de Lisboa (Sobre el). 491
Congreso dental internacional de San Luis (El IV).... 282 y 544
Congreso dental internacional (Banquete del IV). 411

Págs.

Congreso dental internacional (El V) 460
Congreso dental de Bale 608
Congreso dental italiano 55
Congreso de Palma (Exposición en el) .. .. .. 460 y 559
Congreso de San Luis (Delegaciones al) 306
Congreso de San Luis (El). 236
Congreso de química y farmacia. 608
Congreso (El próximo).. 392

Congreso internacional de Medicina (XIV).

Anestesia en Estomatología (La) 19
Anestesia local en Odontología. 175
Aparato de urgencia para contención de fractura complicada de maxilares superiores, de origen traumático 28
Consideraciones é investigaciones experimentales sobre la permeabilidad de la dentina 89
Consideraciones generales sobre la prótesis restauratriz del maxilar superior 281
Dientes con pulpa enferma (Tratamiento de). 187
Discurso de clausura del Dr. Chompret. 342
Estomatitis mercuriales (Las llamadas) 238
«Garden Party» en los jardines de Palacio 343
Histerismo odontálgico (caso de) 178
Odontología (anestesia local en) 175
Ortopedia dental 291
Piorrea alveolar (El sodio-potasio en el tratamiento de la).. 296
Reabsorción del alveolo durante el período de calcificación de los incisivos (Un caso de) 235
Reparación de dientes de espiga montados sobre oro sin extraer la espiga.. 228
Sesión de clausura del Congreso. 344
Silcrat (El) 90

Congreso internacional de Medicina. (Las actas del XIV). .. 411
Congreso (La reseña del) 159
Congreso (Las actas del último) 53
Congreso médico de Lisboa (Sobre el XV).. 250
Congreso médico latino-americano (II). 250
Congreso odontológico español (Sobre el tercer) 496
Congreso odontológico español (III). 434
Conservación de los molares cariados bajo el borde gingival.. 156
Conservación del pistón de las jeringas hipodérmicas (Para la) 557
Consultorios de dentistas. Medidas plausibles 560
Contribución (La). 554
Corazón humano (Trabajo del) 111
Corbatas (Más sobre el caucho blando para) 137
Cordales implantados profundamente en el maxilar inferior. (Breves consideraciones sobre dos nuevos casos de).. .. 586
Corindon (Para los discos de). 558
Coronas de oro (Método para facilitar el desprendimiento de las) 354
Coronas (Impresiones de raíces para la aplicación de) . .. 558
Coronas sin necesidad de extraer los pernos (Procedimiento para reparar las). 194
Cuellos denudados de los dientes. 156

Pags.
Cuellos de los dientes (Hiperestesia de los). 109
Cuellos de los dientes (Sensibilidad de los). 305
Cura para los canales (Una). 557
Curación rápida del muguet 108
Curiosa felicitación. 55

D

Debilidad orgánica de los dientes (Una causa de) 453
Defunción. 56
Deglución de un aparato protésico y su evacuación por las vías naturales 32
Delegaciones al Congreso de San Luis. 306
Delegados. 110
Dentadura parcial inferior oculta por el tártaro. 141
Dentaduras difíciles. 401
Dentífrico al árnica (Jabón) 355
Dentífrico según los tribunales (El mejor). 111
Dentífricos (Polvos). 509
Dentina (Para insensibilizar la) .. .. 52 y 508
Dentina sensible. 454
Dentista militar. 511
Dentista moderno (O).. 30
Dentista (Nueva plaza de).. .. .. .. 207, 307 y 512
Dentista para el emperador de Corea. 110
Dentistas alemanes. 560
Dentistas (Consultorios de).. 560
Dentistas de Portugal (A los). 447
Dentistas en el ejército inglés.. 307
Dentistas militares en los Estados Unidos. 111
Dentistas militares en los Estados Unidos (Operaciones hechas por los). 511
Desinfección de las manos.. 108
Desgracia (Nueva) 160
Desgracia (Sensible) 207
Desprendimiento del yeso de la boca (El hidrato de magnesia facilita el) 305
Desvitalización indolora de la pulpa dentaria seguida de extirpación ó de momificación. 563
Diente que debe chaparse (Para determinar el color definitivo de un).. 604
Dientes (Carencia de poder recuperativo de los). 52
Dientes (Como se cuidan los).. 192
Dientes (Cuellos denudados de los). 156
Dientes de los niños (Gutapercha rosa para los). 157
Dientes (Hiperestesia de los cuellos de los) 109
Dientes muertos y caries de cuarto grado. 466

Págs.
Dientes (Para evitar la adhesión de la escayola á los). .. 606
Dientes (Polvos de) 157
Dientes sistema Casullo. 189
Dientes (Sensibilidad de los cuellos de los) 305
Dientes temporales (Protección de la pulpa en los) 457
Dientes temporales (Pulpa al descubierto en) 253
Dientes (Una causa de debilidad orgánica de los). 453
Dientes y las encías concurren á establecer el diagnóstico médico (Los). 601
Dientes y sus complicaciones (Algunas enfermedades de los). 209
Dilatación de la escayola (Contra la). 500
Discos de Corindon (Para los) 558
Disolución del caucho. 558
Disolución normal de sal 53
Distinción honrosa 559
Doctoras (Las).. 56
Doctores americanos en Alemania (Los). 256
Dolores neurálgicos (Modo de aliviar los). 157
Dorado 205

E

Ejemplo (De) 511
Ejercicio ilegal de la Odontología 208
Elixir antiséptico 509
En todas partes cuecen habas. 256
Encía alojada en una cavidad cariosa (Para quitar la) 606
Encía en las cavidades profundas labiales ó bucales (Método para separar la) 502
Encía (Hipertrofia é hiperplasia de la) 161
Encías (Higiene de las) 605
Encías inflamadas sobre dientes que no han salido (Influencia de las) 205
Enfermedades de la boca (Escuela para) 443
Enfermedades de los dientes y sus complicaciones (Algunas) .. 209
Enfermedades de origen dental y en particular de la pelada .. 117
Enseñanza práctica de la anatomía en las Escuelas dentales .. 57
Enseñanza preparatoria del estudiante en cirugía dental considerada como primer año de estudios en las Escuelas dentales (La) .. .. 257, 309, 387 y 426
Epitelioma de la mandíbula inferior (Sobre un caso de). .. 194
Escayola (Contra la dilatación de la). 500
Escayola de las escupideras (Modo de quitar la) 156
Escayola (Método para endurecer los moldes de).. 306
Escayola (Modo de evitar las burbujas de aire en la) 110
Escayola (Para evitar la expansión de la) 157
Escayola (Para reparar los moldes de) 400

Págs.

Escuela de odontología (Una nueva). 412
Escuela dental de París.. 54
Escuela dental de Paris (Inauguración de nuevos departamentos en los dispensarios de la) 207
Escuela odontotécnica de París. 55
Escuela para enfermedades de la boca. 443
Escuelas dentarias de París (Las) 460
Escupideras (Modo de quitar la escayola de las) 156
Esmalte dentario? (¿Existe el). 132
Esmalte dentario (Sobre el) 382
Exofagotomía externa para la extracción de un aparato protésico 346
Espina y Capo (El Dr.). 159
Estadística demográfica. 56
Estadística dental. 208
Estaño (Obturaciones de). 599
Esterilización de las manos.. 204
Estimulantes contraindicados para hemorragias.. 354
Estimulantes en las hemorragias (Los). 605
Estomatitis aftosa (Contra la) 53
Estomatitis de los tuberculosos (La). 195
Estomatitis de los tuberculosos (Tratamiento de la) 354
Estomatitis mercurial (Tratamiento de la). .. .. 508 y 499
Estomatología en el Hospital de San Luis de París (La). .. 9
Estudiante de 73 años.. 256
Estudiantes de medicina y de farmacia en Francia. . .. 512
Eucaína y cocaína-adrenalina (Anestesia local con) 509
Eugoformo (El) 454
Evolución dental (Cambio de carácter en el curso de una) .. 345
Exámenes de odontólogos 344
Exámenes de reválida 160
Exceso de original.. .. .. 56 y 112
Expansión de la escayola (Para evitar la) 157
Extirpación de la pulpa por la anestesia (Sobre la) .. . 600
Extracción de un aparato protésico (Esofagotomía externa para la) 346
Extracción del tercer molar inferior derecho (Fractura del maxilar inferior producida por una tentativa de) 239
Extracciones (Empleo del algodón combinado para) 306
Extracciones según Godon (Teoría de las).. 325
Extractores de nervios rotos 156

F

Fallecimiento. 412
Federación Dental Internacional (La) .. .. .. 83 y 392
Federación Dental Internacional. Reunión del Comité ejecutivo 333
Federación Odontológica Española. 434
Felicitación 511

Págs.

Fetidez del aliento (Contra la). 457
Fijación de obturaciones de porcelana por medio de pernos de platino (Procedimiento de). 139
Fístula de la barba de origen dentario.. 413
Fístula (Tratamiento del absceso alveolar con). 156
Fístulas de la barba de origen dentario (Más sobre las). .. 520
Flemones (Tratamiento abortivo de los).. 52
Formaldeido (Pasta de). 109
Formalina sobre la piel (Efectos de la). 456
Fórmula de promesa para el grado de cirujano dentista en el Brasil 255
Fractura del maxilar inferior producida por una tentativa de extracción del tercer molar inferior derecho 239
Fray Orsénigo 511

G

Germicida (El café como). 157
Gingivitis (Piorrea y) 253
Glicerolato de timol. 205
Grado de cirujano dentista en el Brasil (Fórmula de promesa para el). 255
Graduado.. 254
Graduado (Nuevo). 411
Grietas de los labios. 509
Gutapercha del canal de la raiz (Manera de extraer el relleno de) 156
Gutapercha en la obturación de los canales (La).. 605
Gutapercha rosa para los dientes de los niños.. 157

H

Hemorragias alveolares.. 324
Hemorragias (Estimulantes contraindicados para). 354
Hemorragias (Los estimulantes en las). 605
Hemostático muy eficaz.. 157
Hidrato de magnesia facilita el desprendimiento del yeso de la boca (El). 305
Hidrógeno y agua de cal (Peróxido de) 556
Higiene de la boca (Vulgarización de la) 143
Higiene de las encías 605
Higiene del pañuelo 197
Higiene dental (Necesidad de vulgarizar la) 297
Higiene militar 208
Hiperestesia de los cuellos de los dientes 109
Hipertrofia é hiperplasia de la encía 161
Homeopatía (Las odontalgias y la) 590
Hospital de San Luis de París (La estomatología en el).. .. 9
Hospitales ambulantes 256
Huéspedes. 110

I

Págs.

Impresión (Material de) 558
Impresiones de raices para la aplicación de coronas 558
Impresiones inferiores (Toma de) 252
Impresiones (Náuseas al tomar las) 254
Incisivos inferiores (Aplicación del cofferdam á los) 252
Incrustaciones de caucho. 558
Incrustaciones de porcelana 305
Incrustaciones de porcelana (Fijación de las). 3
Incrustaciones de porcelana (Pulimento de). 109
Incrustaciones de porcelana (Ventajas y desventajas de las) .. 454
Incrustaciones (Matriz para las). 52
Incrustaciones sin matriz 355
Infección 206
Infección (Casos de) 159
Ingerto de la piel de una negra en una joven blanca 158
Inhalador ideal núm. 2 135
Instituto dental de Marbourg. 459
Instrumentos de acero (Procedimiento para hacer desaparecer la oxidación de los) 158
Instrumentos (Método para desoxidar los) 354
Instrumentos (Modo de evitar la adhesion del cemento muy blando á los).. 153
Instrumentos (Para evitar la oxidación de los) 557
Intrusismo combatido por filantropía (El).. .. .. 131 y 226
Intrusismo (La campaña contra el) 225
Inyecciones de alcohol á 60° (Curación de neuralgias faciales por) 140
Inyecciones de parafina en arte dentario (De las) 143
Inyecciones de parafina (Peligros de las) 345
Inyecciones de parafina (Prótesis quirúrgica por medio de las). 477
Iodo (Tintura mejorada de) 409
Iodoformo (Para quitar el olor del) 52

J

Jabón dentífrico al árnica 355
Jeringas hipodérmicas (Para la conservación del pistón en las). 557
Junta directiva (Nueva).. .. .. 54 y 254

L

La Odontología en 1905. 607
Labios (Grietas de los) 509
Laboratorio (Para el) 409
Legislación .. .. 170 y 222
Legislación dental (Indice cronológico de).. .. .. 171 y 222

Págs.

Leucoplasia bucal. 394
Ley dental en Jersey (Nueva). 308
Ley dental en Queenslad. 608
Libranzas de la Prensa (Las) 308
Ligaduras de seda 409
Limas (Modo de limpiar las) 156
Longevidad médica 158
Lubrificante (La vaselina como) 457
Luz azul (Acción anestésica de la) 509

M

Manchas de nitrato de plata de los dedos (Modo de quitar las). 354
Mandíbula inferior (Sobre un caso de epitelioma de la).. .. 194
Manifestaciones bucales de la neurastenia.. 346
Manos (Desinfección de las) 108
Manos (Esterilización de las).. 204
Manos (Para las). 557
Masage en la piorrea 253
Mascort (El Dr. A.). 403
Material de impresión 558
Material de obturación (El estaño esponjoso y el cemento como) 606
Matrimonios .. .. 56, 208, 356 y 459
Matriz para las incrustaciones. 52
Maxilar superior (Consideraciones generales sobre la prótesis restauratriz del) 384
Médicos (Menos). 160
Método para la preparación de cavidades 253
Mezcla del agua y la escayola (Proporciones en la) 252
Miedo y la cocaina (El). 452
Molar inferior derecho (Fractura del maxilar inferior producida por una tentativa de extracción del) 239
Molares cariados bajo el borde gingival (Conservación de los) .. 156
Moldes de escayola (Método para endurecer los) 306
Moldes de escayola (Para reparar los). 400
Moldes rotos (Compostura de). 354
Momificante (Pasta) 306
Muelas (Para el dolor de) 557
Muerte consecutiva á la administración del protóxido de azoe. 196
Muerte consecutiva á la cloroformización 197
Muguet (Colutorios contra el). 508
Muguet (Contra el) 53
Muguet (Curación rápida del). 108

N

Nacimiento .. .. 459 y 608

Págs.

Náuseas al colocar las dentaduras ó tomar las impresiones (Modo de prevenir las) 409
Náuseas al tomar impresiones. 254
Navaja (Lo que corre una) 158
Necrología .. .. 35, 111, 138 y 408
Negra de 133 años (Una) 112
Nervocidina (La). 461
Neuralgia del trigémino (La cocaína en la). 409
Neuralgias del trigémino (Sobre el tratamiento eléctrico de las) 33
Neuralgias faciales por inyecciones de alcohol á 60° (Curación de) 140
Neurastenia (De las manifestaciones bucales de la). 346
Nitrato de plata en los dedos (Modo de quitar las manchas de). 354
Nombramientos . .. . 55, 458 y 559

O

«O dentista moderno» (Más sobre el libro) 106
Obligados (Muy) 208
Obtundente eficaz (Un). 556
Obturación de los canales (La guttapercha en la). 605
Obturación inmediata de los canales (De la). 139
Obturaciones de amalgama en cavidades aproximales 252
Obturaciones de estaño. 599
Obturaciones de porcelana .. .. .. 418, 469, 523 y 577
Obturaciones de porcelana (Cavidades indicadas para las) .. 507
Obturaciones de porcelana (Modo de evitar la opacidad en las). 409
Obturaciones de porcelana por medio de pernos de platino (Procedimiento de fijación de).. 139
Obturaciones (Ventajas de un aislador bajo las) 457
Oclusión viciosa de los dientes debida á la succión de la lengua 240
Odontalgia. 252
Odontalgias y la homeopatía (Las) 590
Odontología (Ejercicio ilegal de la) 208
Odontología en Buenos Aires (La) 55
Odontología en Colombia (La). 549
Odontología (Estudio sobre anestésicos locales en) 481, 539 y 569
Odontología en los Hospitales (Clínicas de). 15
Odontología (Una nneva escuela de) 412
Odontólogos (Exámenes de) 344
Odontólogos (Más reválidas de) 607
Odontólogos (Reválidas de) 559
Odontotecnia (La) 411
Olor de las razas (El) 501
Olor del iodoformo (Para quitar el) 52
Opacidad en las obturaciones de porcelana (Modo de evitar la). 409
Operaciones hechas por los dentistas militares en los E. U. .. 511
Original (Exceso de).. .. .. 56 y 112

Págs.
Oro (Dos métodos seco y húmedo para refinar el) 513
Oro sobre guttapercha (No debe condensarse el).. 52
Osificación de la pulpa (Un caso raro de) 499
Otaola (D. Juan de) 129
Oxidación de los instrumentos (Para evitar la) 557
Oxidación de los instrumentos de acero (Procedimiento para hacer desaparecer la) 158
Oxidación (Para impedir la) 558

P

Páginas (Aumento de).. .. .. 308 y 512
Palabras de afecto 459
Pañuelo (Higiene del) 197
Paraiso (En el) 400
Parafina en arte dentario (De las inyecciones de). 143
Parafina (Peligros de las inyecciones de) 345
Parafina (Prótesis quirúrgica por medio de las inyecciones de). 477
Pasta de cloroformo 205
Pasta-formol (El). 81
Pasta momificante 306
Pelada (Enfermedades de origen dental y en particular de la).. 117
Peligros de las inyecciones de parafina 345
Pericementitis y osteo-periostitis 561
Periódico (Nuevo) 560
Pernos de platino (Procedimiento de fijación de obturaciones de porcelana por medio de). 139
Peróxido de hidrógeno y agua de cal. 556
Pésame . .. . 160 y 356
Piel (Efectos de la formalina sobre la) 456
Piorrea alveolar (Contribución al estudio de la).. 298
Piorrea alveolar (Los puentes en la).. 410
Piorrea (Masage en la).. 253
Piorrea y gingivitis 253
Planchas (Aluminio para) 155
Planchas de caucho (Para pulimentar las).. 606
Planchas de caucho (Pulimento de las) 410
Planchas de caucho rotas (Compostura de). 109
Plancha (Para rehacer una) 500
Plaza de dentista (Nueva) .. .. 307 y 512
Poder recuperativo de los dientes (Carencia de). 52
Polvos de dientes 157
Polvos dentífricos 509
Porcelana (Cavidades indicadas para las obturaciones de) .. 507
Porcelana (Fijación de las incrustaciones de) 3
Porcelana (Incrustaciones de). 305

Pags.

Porcelana (Medio de evitar la opacidad en las obturaciones de) 049
Porcelana (Obturaciones de) .. .. .. 418, 469, 523 y 577
Porcelana (Ventajas y desventajas de las incrustaciones de) . 454
Premio para estudiantes fundado por la Asociación de la Prensa Médica Española.. 49
Premios para estudiantes creados por la Asociación de la Prensa Médica 307
Prensa dental (Asociación de la) 459
Prensa (Las libranzas de la) 308
Prensa médica española (Concurso de premios de la Asociación de la) 255
Prensa médica (Premios para estudiantes creados por la Asociación de la) 307
Preparación de la boca antes de colocar aparatos protésicos .. 113
Preparación rápida.. 305
Procedimiento para quitar la cera de los revestimientos.. .. 53
Procedimiento para reparar las coronas sin necesidad de extraer los pernos 194
Profilaxis de la tuberculosis (Importancia de la boca en la) .. 212
Prótesis dental con la ciencia antropométrica (Relaciones de la) 123
Prótesis quirúrgica por medio de las inyecciones de parafina .. 477
Prótesis restauratriz del maxilar superior (Consideraciones generales sobre la) 384
Protóxido de azoe (Muerte consecutiva á la administración del) 196
Puentes en la piorrea alveolar (Los).. 410
Pulimento de las incrustaciones de porcelana 109
Pulimento de las planchas de caucho.. 410
Pulpa al descubierto en dientes temporales. 253
Pulpa dentaria (Desvitalización indolora de la). 563
Pulpa en los dientes temporales (Protección de la) 457
Pulpa por la anestesia (Sobre la extirpación de la). 600
Pulpa putrescente (Remoción de los detritus de la) 605
Pulpa (Recubrimiento de la).. 253
Pulpa (Remoción sin dolor de la) 556
Pulpa (Un caso raro de osificación de la) 499
Pulpa (Un método de coiffage de la). 244
Puntas para canales (Preparación de) 306

R

Ración alimenticia.. 242
Radiología dental 357
Raíz (Manera de extraer el relleno de gutapercha del canal de la).. 156
Raíces (Rellenos de canales de).. 354
Razas (El olor de las) 501
Real Universidad de Génova 443

Págs.

Rectificación .. .. 112 y 308
Refinado del oro (Dos métodos: seco y húmedo para el) . .. 513
Regreso . .. . 56 y 510
Regreso (De). 458
Relleno de gutapercha del canal de la raíz (Manera de extraer el) 156
Rellenos combinados 306
Remedios (Nuevos). 454
Renuncia.. 159
Reseña del Congreso (La). 159
Reuniones médicas (Más) 254
Reválida (Exámenes de) 160
Reválidas de odontólogos. 559
Reválidas de odontólogos (Más) 607
Revestimientos (Procedimientos para quitar la cera de los). .. 53
Revista (Nueva). .. .. 160 y 511
Revista útil. 356
Robo á un colega. 255
Rollos de algodón absorbente (Uso práctico de los). 34
Rubber-dam sobre las cavidades cervicales profundas (Aplicación del) 157

S

Sal (Disolución normal de) 53
Saliva del hombre atacado de hidrofobia es virulenta (La). .. 453
Saliva (La) 205
San Luis (Noticias de) 458
Sección odontológica (Nueva) 159
Seda (Ligaduras de) 409
Sensibilidad de los cuellos de los dientes 305
Sentencia de un tribunal (La) 134
Señal de los tiempos 55
Signos degenerativos de la bóveda palatina 270
Silencio (El) 509
Silencio es oro (El) 95
Síncope (Tratamiento del). 355
Sinusitis maxilar y su tratamiento (La) 126
Sociedad Belga de Estomatología 608
Sociedad dental americana de Europa 237
Sociedad de Odontología de París 608
Sociedad de odontología francesa en el Canadá 256
Sociedad odontológica Balear.. 49
Sociedad odontológica de Guipúzcoa . .. . 99 y 151
Sociedad odontológica de Vizcaya. 41, 100, 146, 200, 246, 303, 552 y 559
Sociedad odontológica del Brasil (Nueva) 459

Págs.

Sociedad Odontológica Española.

Banquete anual de aniversario 303
Extracto de caja 399
Noticia 559
Nueva Junta directiva 356
Sesión clínica. 29 de Enero de 1904 96
Sesión clínica del 8 de Abril de 1904 200
Sesión clínica del 20 de Mayo de 1904 244
Sesión del 15 de Enero de 1904 36
Sesión del 19 de Febrero. Conferencia del Dr. Espina 96
Sesión del 11 de Marzo de 1904 144
Sesión del 18 de Mayo de 1904. 198
Sesión del 29 de Abril de 1904. 243
Sesión del 3 de Junio de 1904. 300
Sesión del 17 de Junio de 1904 347
Sesión del 5 de Julio de 1904 349
Sesión del 25 de Noviembre. Inauguración del curso. 602

Sociedad odontológica (Nueva) 560
Sociedad odontológica Valenciana .. .. 110 y 551
Soldadura de aluminio 557
Somnoformo (El). 460
Sucesor (Nuevo) 56
Sulfato de cobre 558
Suprarrenina (La). 454

T

Tablillas de cristal (Para limpiar de cemento las).. 605
Tachiol. Nuevo antiséptico 206
Tártaro (Dentadura parcial inferior oculta por el).. 141
Teoría de las extracciones según Godon 325
Texto (Aumento de) 412
Timol (Glicerolato de) 205
Tintas (Las) 158
Tintura de iodo mejorada 409
Títulos académicos (Reciprocidad de) 560
Títulos en Italia (Los).. 459
Transposición visceral (Un caso notable de) 600
Tratamiento abortivo de los flemones 52
Tratamiento de ciertos abscesos dentarios.. 193
Tratamiento de la estomatitis de los tuberculosos. 354
Tratamiento de la estomatitis mercurial . .. .. 499 y 508
Tratamiento del absceso alveolar con fístula 156
Tratamiento del muguet por el empleo simultáneo del agua oxigenada y del borato de sosa 602
Tratamiento del síncope 355
Tratamiento eléctrico de las neuralgias del trigémino (Sobre el) 33
Trigémino (La cocaina en la neuralgia del). 409
Trigenina 242

Págs.

Tuberculosos (La estomatitis de los). 195
Tubos de cristal para la saliva (Limpieza de los).. 52

U

Un año más 25
Unión Dental Española.. .. .. 43, 104, 152, 200, 247 y 412

V

Vaselina como lubrificante (La) 457
Veraneo (De) 410
Viaje (De). 356
Visita regia 105
Visitas. 256
Vuelta (De) 206
Vulcanización 252

Y

Yeso de la boca (El hidrato de magnesia facilita el desprendimiento del) 305

Ilustran el texto de este volumen **ciento catorce fotograbados.**

PUBLICACIONES RECIBIDAS

ESPAÑA

Archivos de Oftalmología, Barcelona.
Archivos de Terapéutica, Barcelona.
Archivos latinos de Rinología, Laringología y Otología, Barcelona
Boletín de Laringología, Otología y Rinología, Madrid.
Boletín Médico, Lerida.
Clínica Moderna (La) Zaragoza.
Gaceta Médica Catalana, Barcelona.
Gaceta Médica del Norte, Bilbao.
Independencia Médica (La) Barcelona.
Medicina de los Niños (La) Barcelona.
Medicina Militar Española (La) Madrid.
Medicina Práctica (La) San Fernando.
Moderna Estomatología (La) Madrid.
Odontotecnia (La) Madrid.
Revista Balear de Ciencias Médicas, Palma de Mallorca.
Revista de Especialidades Médicas, Madrid.
Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, Madrid.
Revista Ibero-Americana, Madrid.
Revista Médica, Sevilla.
Revista Médico-Hidrológica Española, Madrid.
Siglo Médico (El) Madrid.

ESTADOS AMERICANOS

Anales de Sanidad Militar, Buenos Aires.
Archivos Brazileiros de Odontología, Río de Janeiro.
Revista de la Asociación Médico-Farmacéutica, Habana.
Revista Médica de Bogotá.
Revista Obstétrica, Buenos Aires.
Revista Odontológica, Santiago de Chile.
Semana Médica (La) Buenos Aires.

ESTADOS DE EUROPA

Archives de Stomatologie, París.
British Journal of Dental Science, Londres.
Bulletin Médical, Burdeos.
Gazette Médicale de París, París.
Journal für Zahnheilkunde, Berlín.
Journal of the British Dental Association, Londres.
La Défense Medicale, Burdeos.
L'Odonto-Stomatologia, Nápoles.
La Revue de Stomatologie, París.
La Stomatologia, Milán.
L'Odontologie, París.
Le Laboratoire, París.
Le Messager Odontologique, San Petersburgo.
Le Mois Médico-Chirurgical, París
Le Progrés Dentaire, París.
Neuheiten und Verbesserungen, Berlín.
Nordisk Tandlakare Tidskrift, Stockolmo.
Odontologische Blatter, Berlín.
Odontologish Tidskrifs, Stockolm.
Pawelz' Zahntechnische Reform, Berlín.
Quaterly Circular, Londres.
Revue de Dentisterie Appliquée, París.
Revista Italiana di Odontoiatria, Nápoles.
Stomatologini Kozlony, Budapest.
Skandinaviska Tandlakareforessingens Tidskrift, Helsingfors.
The Dental Surgeon, Londres.
Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, Viena.

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Items of Interest, New-York.
Journal of Eye, Ear and Throat Diseases, Baltimore.
The American Dental Journal, Chicago.
The Dental Brief, Philadelphia.
The Dental Cosmos, Philadelphia.
The Dental Era.
The Dental Office and Laboratory, Philadelphia.
The Dental Register, Cincinnati.
The Dental Review, Chicago.
The Dental Summary, Kent, (E. E. U. U.)
The Pacific Dental Gazette, San Francisco de California.
The Stomatologist, Philadelphia.

ASIA

Shikwa-gakuho, Tokio.